Voir résumé français
à la fin de chaque rapport.

NOWINY PSYCHJATRYCZNE

CZASOPISMO POŚWIĘCONE SPRAWOM PSYCHJATRYCZNYM NAUKOWYM I PRAKTYCZNYM

ORGAN ZAKŁADÓW PSYCHJATRYCZNYCH POLSKI ZACHODNIEJ

DZIEKANKA — KOCBOROWO — KOŚCIAN — LUBLINIEC
OWIŃSKA — RYBNIK — ŚWIECIE

ZAŁOŻYŁ: ALEKSANDER PIOTROWSKI

ROK IX. DZIEKANKA KWARTAŁ III-IV.

1932

ADRES REDAKCJI I ADMINISTRACJI:
GNIEZNO - DZIEKANKA, KRAJOWY ZAKŁAD PSYCHJATRYCZNY.

CZCIONKAMI DRUKARNI K. PIECHOCKIEGO w GNIEŹNIE

TREŚĆ.

SOMMAIRE.

„Nowiny Psychjatryczne" zamieszczają prace oryginalne, streszczenia, referaty z posiedzeń naukowych i klinicznych z dziedziny psychjatrji teoretycznej i praktycznej oraz dziedzin pokrewnych. Szanownych autorów uprasza się o dołączenie do swych prac streszczeń w języku francuskim. Autorowie otrzymują po 25 odbitek swych prac na koszt Redakcji.

Pismo zapisuje się narazie w Administracji „Nowin Psychjatrycznych" z równoczesnem nadesłaniem opłaty kwartalnej (3,00 zł. i wysyła się pod opaską. Poza abonamentem — 4 zł. za egzemplarz.

Redakcja „Nowin Psychjatrycznych".

NOWINY PSYCHJATRYCZNE
DZIEKANKA

ROK IX. 1932 KWARTAŁ III-IV.

PRACE ORYGINALNE.

Samobójstwo wśród młodzieży szkolnej.*)

Podał Dr. WACŁAW ODYNIEC — Wilno.

Są w życiu społecznem zjawiska, które w każdym z nas budzą uczucie niepokoju, zdumienia, nieraz i przerażenia, nad któremi każdy z nas niełatwo zazwyczaj przechodzi do porządku dziennego. Do takich zjawisk należy samobójstwo wśród nieletnich. Zagadnienie samobójstwa oddawna przykuwało do siebie uwagę socjologów i prawników, lekarzy i pedagogów, w tym zakresie zgromadzony został i naukowo opracowany olbrzymi materjał statystyczny, powstało na Zachodzie bogate piśmiennictwo, rozpatrujące zjawisko samobójstwa pod rozmaitym kątem widzenia. Myśl polska pozostaje jakgdyby w tyle, rodzima literatura nasza kilka zaledwie prac w tej materji posiada (Brudziński, Władysław Sterling, Wachholtz, Chodecki, Marja Grzywo-Dąbrowska). Jak wynika z danych statystycznych, ilość wypadków samobójstwa wśród nieletnich pozostaje w ścisłej zależności od ilości takichże wypadków wśród dorosłych, która to okoliczność nie jest pozbawiona dla nas znaczenia, o czem przekonamy się niebawem przy omawianiu przyczyn tego zjawiska.

Jakaż jest wymowa cyfr, jak się przedstawia problem samobójstwa pod względem ilościowym? Według Niewzorowa

*) Według odczytu, wygłoszonego w Stowarzyszeniu lekarzy-Polaków w dniu 11 lutego 1932 r.

przed wojną liczba wypadków samobójstwa w Europie wynosiła rocznie 60 000, na dzieci zaś i nieletnich przypadało 2.000 czyli 3¹/₃ proc. Rehfisz podaje, że w okresie przedwojennym wypadki samobójstwa wśród nieletnich w Niemczech stanowiły 1 proc. wszystkich wypadków, z zebranego przez Duran Fardela materjału, dotyczącego Francji, wynika, że na 134 wypadki samobójstwa dorosłych, przypadał jeden wypadek wśród nieletnich. W odniesieniu do Anglji posiadamy statystyczne dane Grizingera i Irlenda, z których wynika, iż w ostatnich latach ubiegłego stulecia, na 660 000 mieszkańców przypadało jedno samobójstwo wśród nieletnich, w pierwszych zaś latach bieżącego stulecia na 490.000 — jeden nieletni samobójca. Powyższy stosunek, odzwierciadlający stan rzeczy przed wojną, uważany być winien w chwili obecnej za nierealny, nieodpowiadający ponurej rzeczywistości dzisiejszej, samobójstwo bowiem w naszych czasach przestało być zjawiskiem sporadycznem, przestało być czemś niezwykłem, wyjątkowem, niecodziennem.

Bezpowrotnie minęły te czasy, czasy Esquirola, kiedy każdy wypadek samobójstwa był traktowany, jako przejaw choroby psychicznej. Jakkolwiek koncepcja Esquirola nie znajduje wśród współczesnych psychjatrów obrońców, to jednak reminiscencje owych czasów i po dziś dzień nie przestają wprowadzać chaosu i zagmatwania, ilekroć chodzi o zbadanie przyczyn omawianego zjawiska. Ber poddał wszechstronnej analizie 979 wypadków samobójstwa nieletnich, z których w 8,07 proc. mógł stwierdzić obecność defektów psychicznych, u innych autorów odsetek dotkniętych mniej lub więcej poważnemi zaburzeniami natury psychicznej wśród nieletnich samobójców waha się od 4 do 6. Na czem jednak polegają te defekty, czy są to postacie niedorozwoju psychicznego, czy skrystalizowane formy schorzenia, czy wreszcie stan odziedziczonej psychopatji w sensie niepełnowartościowości biologicznej, nieprzystosowalności do warunków życia społecznego, na podobne pytania odpowiedzi nie otrzymujemy.

Przyczyny samobójstwa dadzą się ująć w dwie główne grupy. Do pierwszej z nich zaliczamy momenty etiologiczne, tkwiące w samej organizacji psychicznej osobnika, do drugiej, czynniki, pozostające poza jego strukturą psychiczną, a zatem znajdujące się w całokształcie warunków zewnętrznych.

Mówiąc o przyczynach indywidualnych, należy mieć na względzie zarówno wrodzone usterki i wadliwości psychiczne, będące wyrazem wrodzonej degeneracji, jak i swoiste cechy i właściwości normalnie rozwijającej się psychiki dziecięcej i młodzieńczej, niezrozumiałe częstokroć dla nas i zagadkowe. Podczas gdy pierwsze zwykliśmy w życiu codziennem przeceniać, w istotę drugich niezawsze wczuć się umiemy. Zbyt często mówi się u nas o psychopatji: posługujemy się tym mglistym i nieuchwytnym terminem w domu, ilekroć nie możemy dać sobie rady z dziećmi nieposłusznemi, opornemi, do kierowania trudnemi, uciekamy się do pomocy modnej psychopatji w szkole, by nie zadawać sobie trudu poznania i zrozumienia przejawów życia duchowego młodzieży, jej niewłaściwości w zachowaniu się, wykroczeń i ekstrawagancji, doszukujemy sie ponadto w wygodnej dla nas psychopatji głównej i jedynej przyczyny samobójstwa młodocianych osobników, zapominając o tem, że skłonności psychopatyczne drzemią w każdym bez wyjątku człowieku, że właściwości psychopatyczne ujawnia każde bez wyjątku dziecko, uważane za zdrowe i normalne przez rodziców i wychowawców. Wyrównanie skrzywień i niedociągnięć wewnętrznych uskutecznia się u dorosłych przez kontrolę wyższych czynności duchowych, u dzieci zaś i młodzieży odbywa się w drodze racjonalnego wychowania. Dzieci, dotknięte ciężką postacią psychopatji, nie mogą być brane w rachubę, gdyż pozostają poza nawiasem szkoły normalnej. Dürkheim, omawiając, w wyczerpującem swem stupjum socjologicznem, przyczyny samobójstwa, wrodzoną konstytucję psychopatyczną sprowadza do roli czynnika usposabiającego, który sam przez się w odosobnieniu od innych momentów etjologicznych nie jest w stanie aktu samobójczego spowodować. Po linji poglądów Dürkheima idą Brierre de Bousmont, Morselli, Sigert i inni, kompromisowo rostrzygają kwestję Gudstadt i Chłopin, pierwszy podaje, iż psychopatja w charakterze zasadniczej przyczyny figuruje 14,5 proc. wszystkich wypadków samobójstwa, drugi stwierdza istnienie tego momentu etjologicznego w 29,9 proc.

Rola afektu w szeregu czynników przyczynowych samobójstwa nieletnich, nie może być kwestjonowana. Przez słowo „afekt“ należy rozumieć zaburzenia całego strumienia psychicznego, pociągające za sobą głębokie nieraz wstrząsy w życiu

duchowem osobnika, decydującego się na krok samobójczy. Mechanizm działania afektu sprowadza się do uśpienia instynktu samozachowawczego, tudzież do zahamowania hierarchicznie wyższych psychizmów. Nie bez znaczenia w splocie przyczynowym pozostają i takie twory psychiczne, jak naśladownictwo i sugestja. Voisine mówi o jedenastoletnim chłopcu, który bez widocznego rzekomo powodu pozbawił siebie życia przez powieszenie się, — przed miesiącem powiesił się jego stryj. Düran - Fardel przytacza wypadek samobójstwa 12-to letniego chłopca, który przed trzema dniami brał udział w pogrzebie kolegi samobójcy. O analogicznych wypadkach wspominają również Emil-le-Roy, Rehfisz, Gordon.

Zespół warunków środowiska i otoczenia tworzy dla jednostki klimat bądź przyjazny, bądź niekorzystny. W pierwszym wypadku powstają w drodze wychowania pewne dyspozycje psychiczne, dzięki którym dana jednostka poddaje się dodatnim wpływom zewnętrznym, pozytywnie ustosunkowuje się do rzeczywistości, jest w stanie rozwijać w sobie poczucie moralne i etyczne, wzmacniać hamulce, paraliżujące niższe instynkty i brutalne popędy, wyrabia w sobie zdolność stawiania oporu przeciwnościom życiowym, w drugim natomiast wypadku krucha organizacja psychiczna, nie znajdując w sobie ani poza sobą oparcia, nie będąc w możności opanowania wrzących i kłębiących się prądów, zbyt łatwo załamuje się i ulega działaniu zwyradniających pierwiastków. Owa degeneracja nabyta, bardziej od odziedziczonej groźna, stanowi nieprzebrane źródło energij negatywnych, jest czynnikiem w życiu społecznem wybitnie destrukcyjnym, niszczy bowiem i rujnuje wszelkie wartości duchowe w życiu jednostki, z takim nieraz mozołem i trudem zdobyte, sprowadza niemniej głębokie niedomagania i w życiu zbiorowości, tak jaskrawo w dobie obecnej przejawiające się w postaci zdziczenia i spustoszenia moralnego. Wojny i przewroty rewolucyjne, sprowadzające do minimum poszanowanie życia jednostki, klęski społeczne i kryzysy ekonomiczne, zaostrzające walkę o byt, nie mogą nie pociągać za sobą nieodpowiednich reakcyj organizmu zbiorowego, obniżenia poziomu etycznego składowych jego elementów. Nie ulega wątpliwości, iż rzeczywistość dzisiejsza znalazła się w orbicie wielkiego kryzysu psychicznego. którego pierwiastki siłą rzeczy przerzucają się ze starszego pokolenia na młodzież, a na-

wet i na dzieci. Ciężka atmosfera przeciętnego domu, nerwowa i przewrażliwiona, nacechowana niepewnością jutra i depresją, pełna zgrzytów i niezadowolenia, nie daje dziecku zdrowego pokarmu, zabija w niem w zarodku radość życia i pogodę ducha. Poza domem młodzież dzisiejsza jest narażona na zgubne oddziaływanie najgorszych przykładów i zabójczych wpływów towarzystwa; wytwarzające patologicznie podniecające emocje dzisiejsze rozrywki młodzieży, teatr i kino, skierowujące uwagę na negatywne strony życia i rozbudzające wyobraźnię w kierunku niezdrowym, wreszcie bijąca na sensację literatura — wszystko to stanowi podatne podłoże, na którem rodzą się spaczone, bynajmniej nie przez czynniki natury biologicznej, organizacje. Niezrównoważona uczuciowo, goniąca za czemś niezwykłem, szarpiącem najwrażliwszy organ, układ nerwowo-psychiczny, potrzebująca silnych podniet, zbyt mało odporna w stosunku do trudności, jakie na każdym kroku się nastręczają, zbyt łatwo ulegająca wpływom, materjalizującym formującą się filozofję życia — młodzież dzisiejsza zawdzięcza swą fizjonomję duchową głównie i przedewszystkiem warunkom zewnętrznym otoczenia i środowiska, nie zaś wadliwej od urodzenia strukturze duchowej. W ośrodkach fabrycznych i w dużych miastach wraz z ich gorączkowem życiem, jak wykazują dane statystyczne, liczba samobójstw wśród nieletnich jest znacznie większa, aniżeli w miastach o spokojniejszem tempie życia. Trudne warunki materjalne rodziny nie odgrywają zbyt poważnej roli w etjologji samobójstwa. Gudstadt podaje, że procent samobójstw wśród nieletnich, spowodowany nędzą, jako przyczyną bezpośrednią, wynosi 3,9 jak wynika z materjału, opracowanego przez Chłopina, ten procent nie przewyższa 4,3.

Niejako podgrupę czynników etjologicznych natury egzogennej, tworzą specjalne przyczyny, tkwiące w całokształcie warunków życia szkolnego. Okres nauki szkolnej odznacza się swoistem tempem i posiada specyficzną dynamikę, wrażenia tego okresu oddzielone są dużym dystansem od wrażeń dojrzałego człowieka, obce częstokroć dla nas i niezrozumiałe, wymagają głębokiego zainteresowania i specjalnego traktowania. Tymczasem, jak poucza nas doświadczenie codzienne, życie wewnętrzne wychowanka na terenie szkoły dla przeważającej większości personelu nauczającego jest całkiem obo-

jętne i zupełnie nie znane, nie ułatwia się tu zazwyczaj młodzieży wyjścia z rozterki duchowej i znalezienia linji życia, nie budzi się tu wiary i zaufania w jej siły, nie zachęca się w należytej mierze do wysiłku i pracy samodzielnej. W fazie nieprzepartej potrzeby ucieczki od przykrej rzeczywistości, a następnie w fazie burz i fermentów, większość młodzieży nie znajdując punktu oparcia w sobie, nie znajduje tego oparcia i w najbliższem swem otoczeniu, w domu i w szkole. Na nieracjonalny system wychowania tak w domu, zarówno jak i w szkole, oddawna zwracano uwagę, w tej materji zabierali głos pierwszorzędni uczeni, w tym przedmiocie powstała nader bogata literatura. W memorjale, wniesionym do Reichstagu, takiej miary uczeni, jak Virchow i Westphal, ostro krytykują wadliwe metody wychowania i nauczania, Kraft-Ebing, mówiąc o wieku nerwowym, akcentuje małowartościowość psychiczną niemieckiej młodzieży szkolnej, Farle i Brierre de Bousmont słusznie dopatrują się niedostatecznej odporności nerwowej młodego pokolenia w kardynalnych wadach systemu wychowawczego w rodzinie i w szkole, Wiesiełowski, Dzieduszycki Lichaczew, Bułacel, Ostrogorski i inni ostro piętnują bezduszne metody szkolne, uniemożliwiające rozwój w dzieciach drzemiących w nich możliwości duchowych, z polskich autorów o ujemnym wpływie szkoły na stan psychiczny młodzieży piszą: Korczyński, Jaroszyński, Chodecki, Baudouin de Courtenay, Złotnicki i inni. W różnorodny sposób ujawnia się działanie nieodpowiedniego wychowania na duszę dziecka i młodzieży. Złe postępy w szkole budzą nieraz w dzieciach uczucie obawy przed karą domową, niewłaściwe traktowanie młodzieży przez wychowawców i nauczycieli rani jej ambicję, zabija wiarę w jej siły, zniechęca do szkoły i ludzi, niepowodzenia na egzaminach powodują w wielu razach u skłonnych do afektacji osobników, niewspółmierne reakcje psychiczne w postaci stanów depresyjnych, a przecież te ostatnie są potencjalnemi stanami samobójstwa. Na podstawie danych statystycznych Chłopina 31 proc. wszystkich wypadków samobójstwa nieletnich ma swe źródło w niedomaganiach szkoły, Ponomarew podnosi ten procent do 33 w odniesieniu do Moskwy i 40 odnośnie do Petersburga.

Nie mogę nie wspomnieć w tem miejscu o pedagogicznym sadyzmie, tworze wybitnie patologicznym, na szczęście niezbyt

często w szkolnictwie spotykanym. Starsza generacja Wilnian dobrze pamięta smutnej pamięci wizytatora szkół średnich, który, biorąc udział w charakterze przedstawiciela Kuratorjum w egzaminowaniu maturzystów, sporo krzywdy młodzieży, a szkole szkody wyrządził. Wspomniany wizytator formalnie się znęcał nad młodzieżą, przez co osiągał zadowolenie seksualne, miał na swem sumieniu niejedną ofiarę tragedji egzaminacyjnych. Obszerny ustęp poświęca sadyzmowi pedagogicznemu Dr. Gordon w swej nader ciekawej pracy p. t. „Samobójstwo wśród młodzieży". Aby ułatwić poznanie chociażby w przybliżeniu stanu władz duchowych młodocianych samobójców, uważam za wskazane przytoczyć kilka ustępów z pozostawionych przez nich listów. Oto urywek z listu 17-to letniego samobójcy, ucznia klasy 7-ej jednego z gimnazjów państwowych w Charkowie: „Idę do mego ojca i będę mu się skarżył na złych ludzi, którzy przyczynili się do tego, że postanowiłem przerwać pasmo mego życia. Mnie tak było niedobrze, tak ciężko żyć z nimi i wśród nich..." W świetle analizy psychologicznej omawiany wypadek przedstawia się następująco: samobójca pochodzi z rosyjskiej rodziny zamożnej i inteligentnej, nieobarczonej psychopatycznie. Mając lat 9-ięć traci ojca, wkrótce umiera mu matka, zostaje na opiece krewnych, typowych dorobkiewiczów, ludzi pozbawionych wszelkiej kultury duchowej, nieprzebierających w środkach, ilekroć chodziło im o przysporzenie bynajmniej nie szczupłego majątku. Malec nie czuje się dobrze w tem środowisku, brak mu ciepła atmosfery rodzinnej, w obcym dlań domu doznaje krzywdy, będąc na każdym kroku wyróżniany przez opiekunów z pośród ich własnych trojga dzieci. Oddany do szkoły zwraca na siebie uwagę jako pilny, obowiązkowy uczeń, o postępach w naukach dobrych i zachowaniu się bez zarzutu. W klasie V-ej jest jednym z celujących uczniów; to jednak nie podoba się wychowawcy, który nie widzi w wychowanku zdrowych cech młodości. Opinja wychowawcy klasy VI-ej opiewa: dużo czyta- inteligentny, zamknięty w sobie, mało ruchliwy, ponury. W klasie VII-ej nosi się z zamiarem znalezienia lekcyj za wikt i mieszkanie, co trafia do przekonania krewnych. „Twój ojciec nieboszczyk w twoim wieku zarabiał na siebie, a ty „łodyr„ (co znaczy „nicpoń") potrzebujesz łaski obcych ludzi". W ten sposób przemawiało skamieniałe serce krewnego do chłopca

pozostawionego własnym siłom. Pod wpływem poczucia doznanej krzywdy w związku z niezrozumieniem doświadczeń wewnętrznych bądź co bądź subtelnej organizacji, zarówno jak i z karygodnem jej traktowaniem powstaje stan długotrwałego afektu, który toruje drogę do katastrofy.

Ustęp z listu 17-to letniego chłopca: „Niech mama się nie martwi. Zawalidroga ustąpić musiał. Nie mam do ciebie żalu, narzekam tylko na los, który prześladuje człowieka. Nie mogę żyć dłużej...“ Wyraz „zawalidroga“ często powtarzany zrobił to, że chłopiec poczuł się istotnie zawalidrogą, ciężarem dla rodziny, utracił wiarę we własne siły, w duszy jego zrodziło się poczucie bezwartościwości, powstała wewnętrzna rozterka, tak często spotykana w fazie dojrzewania i wczesnej młodości.

W jednym z listów 18-to letniego samobójcy taki czytamy ustęp: „Życie mi zbrzydło na tym podłym świecie, nie mam poco żyć“. Uczucie zmęczenia, rozgoryczenia, zniechęcenia, a być może i poczucie krzywdy, cechują tę ponad normę drażliwą i wrażliwą naturę, niewątpliwie psychopatyczną, niewytrzymującą próby życia.

Oto treść listu 14-to letniego ucznia klasy IV-ej: „Kochany Tatusiu! Zbrzydło mi życie! Widziałem zmęczenie Tatusia i wiem, że to będzie wielkim ciosem, który spadnie na Tatusia. Dawno miałem zrobić to, co zrobiłem teraz, ale teraz doprowadzony do ostateczności tą wywiadówką, żyć dłużej nie mogę! Tatusiu! Wiesz dobrze jak Cię kochałem, więc nie martw się, gdyż złączę się z mamusią gdzieś poza światem. Każdy przecież umrzeć musi, tylko jeden prędzej, drugi później. Proszę Cię przebacz mi to i nie martw się. Nie starajcie się ratować mnie, gdyż to jest niepotrzebne. Dziś zrana postanowiłem sobie że jeśli jakimś cudem nie dowiecie się o wynikach wywiadówki, to będę uczył się i starał jaknajlepiej zachowywać się, a jeśli dowiecie się, to zabiję się. Jeszcze raz proszę Cię przebacz mi i nie martw się, gdyż wszyscy musimy poumierać“. Podpis, Wilno, 26. XI. 31.

Z pewnych względów zmuszony jestem powstrzymać się od szczegółowej analizy przytoczonego listu i sylwetki duchowej 14-to letniego autora tego tak bezbrzeżnie smutnego listu. Zresztą komentarze są tu zbyteczne. Sądzę, że przyczyna samobójstwa w odniesieniu do małego Bobka tkwi nie tylko w jego indywidualności, ile w zespole otaczających go tak wielce nie-

zdrowych warunków. O małym Bobku można powiedzieć: „Cieplejsza mu była ziemia mogilna od serc ludzkich“.

Przeglądając odbitkę dr. Marji Grzywo-Dąbrowskiej p. t. „Listy samobójców“, zatrzymałem się dłużej nad utworem poetyckim, znalezionym przy trupach 17 i 18-to letnich samobójczyń, fragment tego utworu przytaczam:

„Ponad przepaścią stoję na grani,
A śmierć tak do mnie mówi z otchłani:
Nie jestem straszna, wy życiu wierzycie,
A wszakże lepszą ja jestem niż życie.
Ono was pędzi przez ból i zawody,
We mnie — kojąca krynica ochłody.
Pójdź tu, krok jeden, to trwa krótką chwilę,
Niebardzo boli, potem ciszy tyle.
Nie chcesz? Ha! trudno, jeszcze ci się śmieje
Życie, jeszcze masz nadzieję?
Więc idź ją stracić, poznaj, że nie mieści
Życie nic w sobie, krom łez i boleści.
Snij, wierz i kochaj, łudź się jeszcze chwilę,
Aż na ostatniej zawyjesz mogile,
A potem wróć tu, ja jestem cierpliwa,
Przyjmę Cię zawsze, jako matka tkliwa“.

Gdzie należy szukać powodu tak wielkiego bezmiaru zniechęcenia do życia? Czy w wadliwie skonstruowanej indywidualności, czy też we wstrząsach życia, tę indywidualność z równowagi wytrącających? Najprawdopodobniej w grę tu wchodzi niejedna przyczyna.

Na pytanie, w jakich fazach życia młodzieży najczęściej się zdarzają wypadki samobójstwa, odpowiedź daje statystyka: z 260 dokładnie zbadanych przez Düran-Fardela wypadków na poszczególne lata przypada:

rok	11	8
„	12	16
„	13	17
„	14	44
„	15	64
„	16	94

Z 395 zebranych przez Mangenmayera wypadków na poszczególne lata przypada;

rok	11	13

rok	12	—	20
„	13	—	41
„	14	—	61
„	15	—	106
„	16	—	141

Jak wynika z powyższych zestawień, największy odsetek aktów samobójstwa przypada na okres 14 — 15 lat, to znaczy na okres ostrego przełomu duchowego, najbardziej wyraźnie zaznaczającego się w dziedzinie uczuć i w sferze woli, w pierwszej — w postaci swoistej zmienności mglistych i nieokreślonych przeżyć uczuciowych, w drugiej — w formie negatywnego ustosunkowania się do rzeczywistości, tak charakterystycznego dla tego okresu.

Co się tyczy sposobów pozbawienia życia, to według danych statystycznych Bera, nieletni samobójca przecina nić swego życia:

przez	strzelanie sie	14 proc.
„	rzucanie się z wysokości . .	13 „
„	rzucanie się do wody . . .	16 „
„	powieszenie się	60 „

Z tego cośmy dotychczas mówili, dadzą się wysnuć następujące wnioski:

1) Przeżywanemu obecnie kryzysowi gospodarczo-ekonomicznemu towarzyszy załamanie się psychiczne w społeczeństwie. W okresie wspomnianego kryzysu należy się spodziewać zwiększenia się liczby wypadków samobójstwa wogóle, a wśród nieletnich w szczególności.

2) Samobójstwo nieletnich pod względem etjologicznym jest zjawiskiem skomplikowanem. W szeregu przyczyn, powodujących akty samobójcze, najgłówniejsza tkwi w układzie warunków socjalnych, które są w stanie spaczyć strukturę psychiczną młodocianego osobnika w kierunku jej uwstecznienia — nabyta degeneracja.

3) Rola czynników endogennych w odniesieniu do samobójstwa nieletnich sprowadza się do roli przyczyny usposabiającej.

4) Samobójstwo nieletnich prócz przyczyn indywidualnych. i ogólnych, posiada również i przyczyny specjalnej natury, które tkwią w wadliwych warunkach wychowania tak w rodzinie, zarówno jak i w szkole.

5) Eksperymenty pedagogiczne, niedostateczne uwzględnienie czynnika wychowawczego w szkole, brak racjonalnie zorganizowanej opieki pozaszkolnej, wybitnie ujemny wpływ teatru, kina, literatury — wszystko to się składa na niezdrową atmosferę, w jakiej rośnie i wychowuje się młodzież.

Suicides parmi les élèves des écoles.

Par Dr. WACŁAW ODYNIEC.

Le problème du suicide parmi la jeunesse écolière, est une apparition bien compliquée. Parmi les causes individuelles, c'est le rôle constitutionnel psychopathique, qui mérite une grande attention. Cependant le rôle constitutionnel n'est seulement qu'un facteur disposant. La jeunesse n'est pas du tout préparée aux situations compliquées de la vie sociale. Les causes spéciales du suicide sont les défauts du système de l'éducation à la maison, ainsi qu'à l'école. L'éducation n'est pas toujours en rélation avec la structure spéciale psychologique de la jeunesse.

Ocena krytyczna nauki Freuda.

Podał DR. A. WIRSZUBSKI (Wilno).

Myśl ludzka już nieraz wędrowała od jednej krańcowości do drugiej. Takiż kryzys ideowy przedstawiają nowe etapy ożywienia w psychoterapji, które wypłynęły z dążenia krytycznej oceny nadmiernie górującego w nauce i filozofji światopoglądu materjalistycznego. Ustaliło się, że dociekania w kierunku poznawania cielesnej tylko strony nerwowo-mózgowego procesu są niewystarczające do wyświetlenia wybitniejszych wydarzeń życia świadomego, co dało asumpt do wnikania w świat psychiczny *sensu stricto*, do wejrzenia w intymne ustosunkowania przeżyć duchowych. Spowodowało to zaniechanie kierunku nadmiernie materjalistycznego, który wycisnął właściwe piętno na drugiej połowie ubiegłego wieku.

W epoce tej pod wpływem oszałamiających postępów chemji, fizjologji i anatomji patologicznej, psychjatrja również zaczęła żywić nadzieję szybkiego i definitywnego rozwiązania

swoich zadań przy pomocy mikrotomu i mikroskopu. Te właśnie nowe aspiracje odbiły się w teorjach, ściśle związanych z imionami Meynerta i Wernicke'go. Podobne wzniosłe tendencje oskrzydliły również prace Golgiego, Ramon-y-Cajala, Nissla, Alzheimera i in. Wychodząc wyłącznie z wytycznych anatomicznych i fizjologicznych, marzyli o tem, że bliski już jest dzień, w którym bezpośredniem oddziaływaniem na żywą komórkę nerwową uda sie naprawić skołataną duszę, unormować nadwytężony intelekt, upośledzone uczucie i zwichniętą wolę. Natomiast jedna z najstarszych metod leczniczych, psychoterapja, była w zaniedbaniu, I oto zjawiska hypnozy i sugestji odegrały rolę ogniwa w łańcuchu wydarzeń naukowych, które utorowały drogę dla psychicznego leczenia nerwic. Wielki autorytet Charcota, szkoła w Nancy Bernheima, racjonalna szkoła psychoterapeutyczna w Bernie Dubois'a, Aufklärungstherapie Oppenheima, Ablenkungstherapie Marcinowskiego — te chlubne imiona znamionują nowe szlaki w psychoterapji.

I oto w różańcu wielkich imion uczonych psychoterapeutów słusznie notuje się również badacza życia psychicznego, słynnego Zygmunta Freuda, który licznemi pracami rozgłosił sławę swej nauki „psychoanalizy" wśród narodów Europy i Ameryki. Szkoła psychoanalityczna Freuda usiłuje wydobyć z chorej duszy emocjonalnie zabarwione przeżycia, które jako zapomniane utkwiły poniżej progu świadomości, gdzie podobnie do ciała obcego powodują stale efekt podniecający, warunkując zespół objawów histerycznych i stanów natrętnych, tak, że znaczenie lecznicze psychoanalizy miałoby według Freuda polegać na wypieraniu z duszy przeżyć dawnych, leżących u podstawy psychogennych zaburzeń nerwowych. Twierdzenia Freuda, wyróżniające się wielką oryginalnością, a nawet niekiedy i krańcowością poglądów, zostały dokładnie omówione przez najważniejszych przedstawicieli medycyny i literatury, niemedycznej powodując m. inn. zaciętą krytykę przeciwko autorowi psychoanalizy. Podaję poniżej w streszczeniu zarys poglądów przeciwników nauki Freuda.

I. Hoche „Gegen Psychoanalyse".

Teza Freuda o pociągu płciowym syna do matki i córki do ojca (Kompleks Edypa) przeczy wszystkim faktom i prawom natury. Miljony córek są przywiązane do swych matek. Dla Edypa stosunek płciowy z matką był najwstrętniejszym czynem. Gdyby sprawa miała się inaczej, tragedja Sofoklesa byłaby komedją o we-

sołem zakończeniu. Niepospolitemu umysłowi Freuda udało się zaćmić ten stan faktyczny. Są wybitni psychjatrzy, którzy ani razu w życiu swem nie mieli do czynienia z podobnym wypadkiem. Uogólnienie podobnego nader rzadkiego wypadku oznacza oszpecenie najświętszego z uczuć. Wypływa ono z ogólnej linji nihilizmu. W imię więc walki z nihilizmem Hoche wypowiada wojnę psychoanalizie. Psychoanaliza rozpatruje duszę jedynie jako uczuciowy organ upojenia i niezadowolenia. Zaniedbuje wyraźnie wartości absolutne. Psychoanalityk uważa prawdę za newrozę. Freud miał możność na własne oczy widzieć rozkwit swej nauki, jej powodzenie, początek rozłamu jego uczniów i upadek. W tej łączności jest on tragiczną postacią. Psychoanaliza jest dziś tak szeroką falą, że, podobnie jak i w studjowaniu dziejów chrześcijaństwa, trzeba, celem zbadania jej, zwrócić się do pierwszych źródeł, nie zaś do niezliczonej ilości komentarzy. W świadomości ogółu Freud jest tym, który odkrył głębokie źródło przejść duchowych. Gdyby tak istotnie było, byłoby to nieśmiertelną zasługą. Podstawą jego nauki jest podświadome życie duchowe. Owe podświadome życie duchowe chce Freud ustalić z jego przejawów w psychopatologji życia codziennego i we śnie. Hoche uważa to za zabawę dziecinną, bowiem po przebudzeniu się bynajmniej nie pamiętamy całego snu, a często nawet w zniekształconej postaci, to też tłumaczenie snów nosi charakter dowolny. Drugi filar nauki Freuda to teorja kompleksów, t. j. nawarstwień psychicznych na gruncie wypierania nieprzyjemnych wrażeń ze sfery świadomości, przejawiających się w schorzeniach nerwowych. Terapja psychoanalizy oznacza przejawienie się owych nawarstwień psychicznych w sferze świadomości, wzgl. usunięcie przyczyny skrytego podrażnienia możliwością wypowiedzenia się. Hoche odrzuca tę naukę. Schorzenia psychiczne wywoływane są nie w drodze psychologicznej, lecz mocą właściwości wrodzonych. Kto przebył 50 godzin pod ogniem artyleryjskim bez schorzenia psychicznego, śmieje się z teorji, wyjaśniającej schorzenie psychiczne pięćdziesięcioletnej kobiety nawarstwieniem psychicznem, wywołanem wskutek tego, że w dzieciństwie chłopiec uszczypnął ją w udo. Jeśli nosi się żałobę w ciągu roku po śmierci, przemawia za tem prawo natury, dobroczynność zapomnienia, które nie jest wyparciem. Wspomnienia nieprzyjemne gasną stopniowo bez wypierania. Metody psychicznego samouzdrowienia zemsta, spowiedź, szlochanie i t. p. są wszystkim znane. Kościół oddawna

korzystał ze spowiedzi, która przynosiła ulgę. — Psychopaci wprawdzie skłonni są do afektów, chorują zaś psychicznie, nie wskutek swych afektów, lecz dla tego, że są z natury rzeczy psychopatami. Psychoanaliza przedstawia rzeczy do góry nogami. O treści zamkniętego naczynia można wysnuwać przedziwne przypuszczenia. Mało jest nam wiadomo o podświadomem, to też łatwo niem żonglować. Hoche uważa przejścia duchowe jedynie za fazy świadomości, a przejścia duchowe sfery podświadomej za nonsens. Powodzenie psychoanalizy wyjaśnia Hoche skłonnością ludzi do tłumaczeń niewyjaśnionych, zagadkowych i przyjmowania iluzji za prawdę. Świadomość ludzka łatwiej godzi się ze wzniosłem oszukaństwem domniemanego wyjaśnienia, niż z uznaniem ograniczeń w poznawaniu. Dogmatyczna część nauki Freuda skazana jest na zagładę, trwałość praktycznego stosowania jego terapji zależna jest nie od lekarzy, lecz od publiczności, która odwróci się od niej, gdy skombinuje, że daje ona nie więcej, niż inne metody.

II. Aschaffenburg „Psychoanalyse u. Strafrecht".

Wychodząc z tego założenia, że przyszłość prawodawstwa kryminalistycznego tkwi w indywidualizacji kary, t. j. w przystosowaniu środków oddziaływania na osobę przestępcy, Aschaffenburg wita w zasadzie wszelką naukę, rzucającą nowe światło na motywy zbrodni, oraz dającą klucz dla rozwiązania jego charakteru. Jednakże, zdaniem jego, metoda psychoanalityczna nie nadaje się do tego celu, bowiem nie analizuje ona osoby, nie uwzględnia czynnika dziedziczności i wrodzonych właściwości, lecz nawarstwia postępki ludzi na gotowe schematy, zbudowane na nauce o popędach. Owa schematyczność analizy pozbawia ją ścisłości, tak że staje się ona niezdatną do rozpoznania indywidualnego charakteru i prawdziwych motywów zbrodni.

III. Helene Klepetar „Erinnerungen einer Patientin".

Owa pacjentka cierpiała nerwowo. Skarżyła się na wątłość, zanik zdolności do pracy i brak odwagi. Zwróciła się do pewnego lekarza psychoanalityka. Ten lecząc chorą w ciągu 2 lat, zmuszał ją do wspominania szczegułów jej dzieciństwa i usiłował tłómaczyć je w sensie wyjaśnienia obecnego jej stanu. Tak więc wyjaśniał jej pedantyczne zamiłowanie do porządku w ten sposób, że w dzieciństwie często doprowadzali do porządku jej przewód odbytowy. Histeryczny przypadek w dzieciństwie, wywołany widokiem zarzniętych kur, wyjaśniał skrytym orgazmem, gdyż

wstręt jest odwrotnością upojenia. Stan jej w wyniku tego leczenia nie uległ poprawie. Lekarz wyjaśniał to w ten sposób, że pacjentka ukrywa przed nim ostatnie intymne szczegóły. Pac. zaś, niezadowolona z leczenia, uważa, że wydobywanie zapomnianych nieprzyjemnych przejść nie przynosi ulgi, lecz pogarsza stan. Dobroczynna natura dała zapomnienie nieprzyjemności, a psychoanalityk, wydobywając je nazewnątrz, wytwarza nowe źródło podrażnienia. Stałe zajmowanie się własną osobą również niesprzyjająco odbija się na stanie zdrowia. Powyższa pac. K. upatruje nadto w ujawnianiu wszystkiego przed lekarzem poniżenie pac., wywołujące nowe urazy duszy.

IV. Charles C. Maylan „Die Psychoanalyse am Scheidewege"

Maylan uważa za cenne odkrycie sfery podświadomości przez Freuda, lecz wyraża obawę, że może ono doprowadzić do zatopienia kulturalnych skarbów świadomości, przez mętne fale życia podświadomego. U Freuda zagadnienia natury ograniczają się do wzajemnych stosunków płciowych rodziców, na które skiero wana jest ciekawość dzieci. Naukowe, religijne, filozoficzne sprawy oznaczają u Freuda jedynie posunięcie tej prymitywnej ciekawości dziecinnej do innych sfer życia, w owej „sublimacji" zachowują one swą żywotną kwalifikację. Freud widzi w sztuce jedynie „udałą ucieczkę" malarza z jego newrozy, w niezrozumiałem dla niego uczuciu religijnem widzi jedynie atawistyczną iluzję. Maylan widzi rozumne przystosowanie psychoanalitycznej metody w „uzupełnionem wychowaniu" zastygłych w stanie infantylizmu ku fazie dojrzałości seksualnej.

V. Adolf Friedländer „Die Psychoanalitische Therapie."

Interpretacja psychoanalityczna snów przedstawia wielki obszar fantazji psychoanalityka. Autor nie uznaje biologicznego sensu snów i powołuje się na to, że wywoływał eksperymentalne sny u zahipnotyzowanych. Sny były pozbawione wszelkiego zabarwienia erotycznego. Autor obserwował swe sny i znajdował w nich dalszy ciąg swej dziennej pracy, a nie tylko utajone chęci. Wielu ludzi zaś nie wypiera ze swej świadomości nieprzyjemnych wspomnień, lecz przeciwnie, bardzo dobrze potrafi je zapamiętać. Na jednostronność metody Freuda wskazuje wypadek z panną. H., 25-letnią pacjentką, cierpiącą na melancholję. W czasie hypnozy wyjaśniło się, że była bardzo pobożna i że mąż jej przyjaciółki pocałował ją, na co również odpowiedziała całusem. Robiła sobie wyrzuty, miała straszny sen i zapadła w stan prostracji. Gdy jej

później lekarz Friedländer powiedział, co ona mu wyjawiła podczas hypnozy, nastąpił zupełny zanik sił. Żadne wysiłki nie skutkowały, stan jej nadal się pogarszał i musiano ją umieścić w szpitalu dla obłąkanych. Po katastrofie psychicznej nastąpiła choroba serca, którą przyjęto za anginę pectoris. Po leczeniu psychicznem w ciągu kilku miesięcy poprawił się stan pacjentki. Z tego przykładu Friedländer wnioskuje, że u p. H. zasadniczą przyczyną choroby było nie wspomnienie erotyczne, lecz poetycko-religijny nastrój. Psychoanaliza jest jedną z metod terapji psychicznej, lecz zakres jej stosowania jest ograniczony.

VI. Siegfried Płaczek. „Gefahren psychoanalytischer Behandlung". Niebezpieczeństwo psychoanalizy upatruje autor w tem, że: a) ustawiczne wspominanie przygód seksualnych rozpala fantazję seksualną pacjenta, co szczególnie jest niewłaściwem u małoletnich, b) metodą tą zajmują się w znacznej ilości partacze, którzy nie orjentują się wogóle co do stanu pacjenta. Nie przynoszą korzyści, często zaś przynoszą szkodę, nadto narażają pacjenta jedynie na wydatki. Zdaniem autora odkrył psychoanalizę nie Freud, lecz Robert Breuer, który wykładał tę naukę, gdy Freud był jeszcze studentem. Robert Breuer zrzekł się później swej teorji, a Freud ją przyjął i spopularyzował. W rosyjskiej literaturze psychoanalitycznej pewien zwolennik idei Freuda zastosował jego metodę przy rozbiorze dzieł literackich pisarzy rosyjskich. Wypowiedział przy tem m. inn. myśl, że w słynnym utworze Gogola „Nos" wyrażona została obawa autora przed utraceniem swego penis'-u, symbolem którego był zgubiony nos.

VII. Rudolf Allers. „Die Weltanschaulichen Voraussetzungen der Psychoanalyse." Wszelka metoda terapji psychicznej ma za przesłankę pewien światopogląd. Leczyć tuberkulozę można niezależnie od światopoglądu. Terapja psychiczna zaś określa się przez światopogląd. Psychoanaliza wynika z pierwszeństwa popędów i wszystkie cele, stojące poza bezpośredniem zadowalnianiem popędów, uznaje za sublimację popędów. Dlatego też dopuszczalnem jest w teorji psychoanalitycznej jedynie przedstawienie atomistyczne, t. j. niemożliwość absolutnej błogości i przyznanie jedynie błogości względnych w zależności od ich nadawania się do zadośćuczynienia popędów. Wszystkie wartości sprowadzają się do fenomenu upojenia. W łączności z tem jest twierdzenie Freuda, że religja to jedynie iluzja, pokonanie której

nastąpi w przyszłości. Wszelkie usiłowania pogodzenia religji lub innego systemu absolutnych wartości z relatywizmem psychoanalizy uważa autor za rzeczy nie do pomyślenia. Łącznie z tem psychoanaliza jest krańcową różnorodnością materjalistycznego światopoglądu XIX wieku. Wedle swej struktury psychoanaliza zbiega się z marksizmem. U Marksa wysuwa się nadbudowa duchowa nad podstawą ekonomiczną, u Freuda nad podstawą popędów. Z tej racji walka z psychoanalizą oznacza walkę o wieczność w człowieku; zająć określoną pozycję w sporze o psychoanalizę oznacza wypowiedzieć się za lub przeciw duszy, za lub przeciw ideałowi, za lub przeciw Bogu.

VIII. Bechterew. „Podstawy refleksologji człowieka".

Wyjmuję z powyższego wielkiego dzieła urywki, miażdżące naukę Freuda. Nie można pominąć milczeniem, że nauka Freuda ma pewne punkty zgodności z nauką refleksologji. Ta wspólność ujawnia się przedewszystkiem w t. zw. katarsysie, który powoduje rozwiązanie tłumionego afektu wzgl. tłumionego popędu cielesnego. A więc jest to innemi słowy rozładowanie odruchu, który, będąc zatamowanym, obciążał osobowość, czynił ją skrępowaną, chorą wówczas, gdy z chwilą rozładowania refleksu, wzgl. katarsysu samo przez się realizuje się rozwiązanie stanu chorobowego. Czy bieda wypłakana nie jest rozładowaniem zatamowanego odruchu? Niesłuszną jest według Bechterewa interpretacja Freuda, dotycząca rekonstrukcji marzeń sennych. Przypuszczenie Freuda, że marzenia senne demaskują chęci osobowości, nie jest bezwzględnie trafne, gdyż u ludzi dorosłych życie psychiczne jest nader zawiłe, wobec czego nie można się solidaryzować z Freudem, że marzenia senne z reguły są wyrazem realizacji chęci, utajonych w sferze podświadomej. Segregacja kompleksów według afektów w nauce Freuda nie jest do przyjęcia, gdyż jednakowy bodziec zewnętrzny może powodować rozmaite afekty w zależności od stanu organizmu. Tak, nap., człowiek syty na widok pożywienia doznaje wstrętu i przejawia odruch obronny, tymczasem człowiek trapiony głodem odczuwa popęd do pożywienia i przejawia odruch aktywny.

Psychoanaliza, jako metoda wyłącznie podmiotowa, skłoniła Freuda do konkluzji bezwzględnie mylnej, ufundowania przyczyny nerwic na popędach wyłącznie seksualnych. Jest chyba wiadomem, jaką olbrzymią ilość nerwic przysporzyła człowieczeństwu ostatnia wojna światowa, gdzie działały czynniki innego rodzaju i najmniej seksualne. I oto widzimy, że uczeń Freuda, Adler,

tworzy odmienną naukę o nerwicach, opartą na konflikcie socjalnym, nie zaś seksualnym. Bechterew zatem konkluduje, że metoda Freuda jest niedostateczną dla studjowania osobowości. Metoda podmiotowa powinna bezwzględnie być uzupełnioną metodą przedmiotową biosocjalnego studjowania osobowości.

IX. Do powyżej przytoczonych poglądów, silnie osłabiających teorję Freuda, załączam od siebie uwagę następującą. Bynajmniej nie trafia mi do przekonania mechanizm procesu tłumienia, nakreślony w nauce Freuda, w której autcr przesuwa ze sprytem żonglera ze sfery podświadomej do świadomości i odwrotnie składniki psychiczne, niczem przedmioty natury materjalnej. Mój zarys krytyczny nauki Freuda nie zostałby wyczerpany, gdybym pominął milczeniem, że niektórzy fanatyczni przeciwnicy psychoanalizy nie oszczędzili arsenału zjadliwego antysemityzmu przeciwko Freudowi ze względu na jego przynależność rasową. Między innymi odznaczył się na tem polu jeden krajowy profesor psychjatrji, który się wyraził, że Biblja jest przesiąknięta seksualizmem. Nie hołdując oczywiście żydożerstwu, nie wyrzekam się jednakże twierdzenia, że owszem pochodzenie rasowe Freuda wycisnęło właściwe piętno na nastawieniu umysłowem autora, odzwierdciadlającem się w jego twórczości. Tok myśli Freuda, usiłującego wyszukać związek pomiędzy treścią opowiadania pacjenta oraz marzeń sennych a symbolicznemi przejawami odczuwań seksualnych, uderzająco jest podobny do metody wnioskowania i asocjacji myśli w tekstach talmudycznych. Autorzy Talmudu stosowali swoistą metodę t. zw. „pilpul", co znaczy pieprz i co symbolicznie nasuwa potrzebę ścisłego rozważania, ażeby przy pomocy dowcipnych i subtelnych rozmyślań dojść do odpowiednich wniosków na podstawie kombinacji tekstów. To też, czytając poraz pierwszy dzieło Freuda, zostałem zaskoczony uderzającem podobieństwem z pewnemi tekstami talmudycznemi, gdzie proces psychologiczny jest oparty nie tyle na realności, ile na metodach ciągłych kombinacyj i dowcipnych wniosków.

Po drugie, co do struktury koncepcji Freuda, Izrael starożytny, rozsiany śród ludów od polarnego koła do zwrotników, zewsząd wypędzany, przez wiele narodów prześladowany, przejęty i cierpiący, dostał się w konflikt duchowy, który przyczynił się do masowych nerwic wśród synów Izraela. Ta prawda jak

błyskawica oświetliła umysł Izraelity Freuda i zrodziła podwaliny jego koncepcji, w której niezbicie tkwi przewodnia myśl, że konflikt duchowy powoduje nerwicę.

Analyse critique de la théorie de Freud.

Par DR. A. WIRSZUBSKI.

L'auteur commence par la constatation que la pensée de l'humanité se déplace parfois d'un extrème a l'autre. Une crise analogue des idées s'observe dans les étapes que parcourt la psychothérapie moderne. Dans la seconde moitié du XIX-e siècle, sous l'influence des progrès réalisés par la chimie, la physiologie et l'anatomie pathologique, les psychiatres penchaient, d'une facon excessive, vers les recherches, dictées par une conception matérialiste des faits psychiques. Or simultanément se dégagent de plus en plus des tendances psychothérapiques, au sens strict du mot, qui après avoir débuté par l'étude des phénomenes d'hypnose et de suggestion, aboutissent a diverses méthodes de traitement psychique et parmi elles à la psychanalyse de Freud. L'auteur n'est point un adepte de celle-ci; aussi résume-t-il toute une série de conceptions qui battent en brèche la théorie de Freud.

Pour terminer, l'auteur affirme que les particularités de race chez Freud ont eu un retentissement profond sur sa pensée créatrice, en se manifestant dans la façon de combiner les idées et dans la mise au premier plan, dans l'étiologie des névroses du conflit moral.

Państwowy Zakład dla umysłowo i nerwowo chorych w Kobierzynie
Dyr. Dr. WŁ. STRYJEŃSKI

W sprawie zespołów paranoidalnych w przebiegu nagminnego zapalenia mózgu.

Podał Dr. JULJAN DRETLER.

Celem niniejszych uwag jest zwrócenie uwagi na te przypadki przewlekłego nagminnego zapalenia mózgu, w których spotykamy objawy paranoidalne. Obecność takich objawów (nieczęsta zresztą) dała powód do szeregu prac, w których zastanawiano się nad zależnością czy pokrewieństwem nozologicznem,

patogenetycznem, czy nawet lokalizacyjnem, jakie zachodzi między temi nietypowemi objawami w przebiegu przewlekłego nagminnego zapalenia mózgu, a chorobami takiemi, jak schizofrenja. Przy bliższej jednak analizie tych przypadków widzimy, że istnieją zasadnicze różnice pomiędzy obrazami klinicznemi, jakie spotykamy w obu jednostkach nozologicznych. Inaczej ujmując tę kwestję należy zaznaczyć, i to już teraz, co zresztą i inni autorowie w czasach ostatnich też zauważyli, że najrozmaitsze objawy paranoidalne, spotykane w przebiegu przewlekłego nagminnego zapalenia mózgu, mają mieć w przeciwieństwie do schizofrenji genezę, którąby można ująć za Clérambaultem jako mechaniczną.

Wymieniony właśnie autor badał ze swoimi uczniami genezę psychologiczną, a zarazem, jak on sam przyznaje, i fizjologiczną objawów paranoidalnych, jakie spotykamy w przebiegu chorób par excellence organicznych. Wychodząc z pewnych zasadniczych założeń psychopatologicznych, których tradycja sięga Magnana i Séglasa, stworzył bardzo ciekawą koncepcję t. zw. automatyzmu umysłowego. Objawy wchodzące w skład tego zespołu, nazywali autorowie niemieccy różnie, przeważnie inaczej; pozatem starali się ująć te objawy także w genetycznie odmienny sposób*). Przedewszystkiem w schorzeniach ośrodkowego układu nerwowego, powikłanych objawami psychotycznemi, i to objawami paranoidalnemi, można znaleźć potwierdzenie koncepcji Clérambaulta, w psychozach organicznych o wyraźnym podkładzie anatomo-patologicznym, w porażeniu post., w psychozach starczych i inn. spotykamy ten zespół ujęty także przez swego twórcę nazwą Syndrom S (by uniknąć pomieszania pojęć z najrozmaitszemi koncepcjami automatyzmu neurologicznego) — zespół, który jest niejednokrotnie przykryty innemi objawami psychotycznemi, a któ-

*) Nie mam zupełnie zamiaru podawać tutaj w szczegółach całej teorji automatyzmu umysłowego, którą dyskutowano w swoim czasie bardzo dokładnie w literaturze francuskiej, a której oddźwięki znajdujemy także w literaturze niemieckiej (Gruhle, Kronfeld). Podam tylko dla jaknajogólniejszego zorjentowania czytelnika, że w skład zespołu automatyzmu umysłowego czy też syndromu S wchodzą takie objawy jak natłok czy nawał (mentisme), zatrzymywanie się myśli, brak myśli, nagły przypływ czy napór myśli, odczuwanych jako nieswoje, kradzież myśli (vol de la pensée) i przyglądanie się czy przysłuchiwanie się myślom chorego. W trakcie niniejszego szkicu będziemy używać tych określeń, które w miarę rozwinięcia się zasadniczej tezy nabiorą także żywszych barw.

ry spotykamy także w psychozach endogennych, — tu jednak jest on najbardziej przykryty, zaciera go specyficzna budowa psychotyczna.

Analizując przypadki dotknięte parkinsonizmem po nagminnem zapaleniu mózgu, przyglądając się uważnie objawom paranoidalnym w przebiegu tejże choroby, widzi się ścisłą nieraz zależność między istnieniem automatyzmu umysłowego czy syndromu S, u tych chorych*), — a objawami paranoidalnemi. Postarajmy się wyjaśnić to na kilku przykładach klinicznych.

Przyp I. M. O. 31 l. mężczyzna. Ostry okres nagm. zapal. mózgu w r. 1923. W r. 1924 przebywa w szpitalu wojskowym w Krakowie, stwierdzono wówczas wyraźne zaburzenia somotyczne, nie wspominano w historji choroby o zaburzeniach psychicznych. W r. 1929 wstępuje do Zakładu w Kobierzynie. Wyraźne zaburzenia somatyczne, charakterystyczne dla nagminnego zapalenia mózgu w tym okresie. Z mniej typowych objawów somatycznych należy wspomnieć ciekawe fotopsje, jakie chory odczuwa w czasie ataków odwracania gałek ocznych do góry (ataki te trwają niekiedy bardzo długo, bo do 8 godzin). Chory widzi iskrzenie się przed oczyma, widzi latające muszki i gwiazdy spadające, najrozmaitsze fantastyczne kolory, czasem widzi jakieś smugi świetlne wijące się przed nim. Ciekawym dalej jest fakt, że gdy ataki te trwają dłużej, wtedy chory zaczyna spostrzegać także i inne przedmioty, zaczyna widzieć przed sobą postacie, widzi jakby jakieś cienie, przypominające kształt ludzki, gdy ataki te trwają dłużej (a chory ma przytem dobrze zachowaną przytomność i łatwo jest stosunkowo porozumieć się z nim), wtedy chory podaje już dokładnie, że widzi postacie ludzkie wyraźne, że widzi dokładnie zarys oblicza, podaje najdrobniejsze szczegóły z twarzy, niekiedy nawet komentuje swoje widzenia, podając, czy dana postać czy twarz jest podobna do kogoś ze znajomych czy jest dla chorego zupełnie nieznaną. Naturalnie że gdy te ataki trwają bardzo krótko nie spostrzegamy u chorego tych wszystkich, opisanych właśnie objawów, wtedy chory wspo-

*) W marcu roku ubiegłego (1931) miałem sposobność mówić w Towarzystwie Psychjatrycznem w Krakowie o automatyźmie umysłowym w przebiegu przewlekłego nagminnego zapalenia mózgu, Tam też wyjaśniłem dokładnie kliniczne i patogenetyczne podstawy tego zespołu. Wtedy już napomknąłem o zależności tego zespołu z pewnemi objawami psychotycznemi, — teraz mogę już ten problem poruszyć w sposób nieco szerszy.

mina nam tylko o swoich fotopsjach; w miarę przedłużania się takiego ataku rozwija się coraz żywiej świat widziany w tym stanie przez chorego.

Pozatem można stwierdzić poza atakami (przeważnie przed ich pojawieniem się i po ich ustąpieniu) szereg innych bardzo ciekawych objawów. Mamy u niego psychiczny fenomen Tyndalla (Poetzl). Gdy chory patrzy na jakiś przedmiot kolorowy, wtedy powietrze pomiędzy chorym a obserwowanym przedmiotem napełnia się kolorem, staje się samo kolorowem. Wydaje się choremu, że kolor idzie od przedmiotu do chorego. Pozatem spostrzega nasz chory przedmioty z sali chorych poprzemieszczane, w innych miejscach niźli one są w istocie, widzi czasem, że łóżka są ponad nim jakby na suficie (przyczem chory sam podaje dziwność, a nawet absurdalność tych zjawisk), innym razem chory podaje, że umywalki znajdują się na lewo od jego łóżka, pomimo, że są one na prawo od niego. Niestety z powodu daleko posuniętych zaburzeń somatycznych (kompletna akineza) nie można przeprowadzić z chorym odpowiednich doświadczeń, któreby wyjaśniły te niezwykłe dla encefalityka objawy.

Dalszemi objawami spotykanemi u chorego są następujące: Chory widzi często przed sobą bardzo często posuwające się postacie, snują się one przed nim, nie potrafi dokładnie podać, czy przesuwają się naprawdę przed nim, czy też jest to tylko perseweracja raz przeżytego zjawiska. Chory widzi często tylko na chwilę pojawiające się przed nim fragmenty twarzy czy postaci, czasem jakby urywki jakichś korowodów. Poza temi objawami, które w języku polskim ująłbym pod nazwą natłoku (mentisme) wzrokowego, mamy jeszcze i inne objawy z szeregu automatyzmu umysłowego, a więc: słyszy się jego myśli, chory ma wrażenie, jakoby jego myśli ugłaśniały się, czuje nagłe zahamowanie, zastój myśli, chwilami twierdzi nawet, że otoczenie kradnie mu jego myśli. W takich razach ogląda się w około siebie z wyraźnem zaniepokojeniem. W pewnych chwilach i to w ostatnich już czasach, spotrzegamy u chorego objawy pranoidalne*) choremu chce się szkodzić, inni zmawiają się na chorego, lekarz nie chce go leczyć, ktoś, najprawdopodobniej ci, którzy zabierają

*) W marcu r. u. (w chwili wygłaszania referatu) nie mogliśmy tych objawów stwierdzić, dopiero w czasach ostatnich zaczynają one występować coraz wyraźniej, przyczem ich charakter (paranoidalność) nie ulega najmniejszej wątpliwości.

mu myśli, mają w tem jakiś interes, by go nie leczyć, chory jest bardzo często podejrzliwy i drażliwy, chwilami twierdzi wobec służby, że go ma się zamiar otruć. W takich razach perswazja nie odnosi skutku.

W przypadku tym mamy szereg faktów;*) musimy abstrahować niestety od ciekawych zjawisk entoptycznych, które spotyka się w nagminnem zapaleniu mózgu nader rzadko (p. przypadek Behringera). Istnieje u chorego naszego kilka objawów, charakterystycznych dla automatyzmu umysłowego [a. u.], przyczem - co dla naszego specjalnego zagadnienia jest ważniejsze - dokładnie widoczną jest zależność tych objawów od zaburzeń natury czysto somatycznej: od motoryki z jednej, od zaburzeń w układzie zmysłowym z drugiej strony. Przedewszystkiem objawy nawału wzrokowego są w ścisłym związku z fotopsjami, niejednokrotnie nawet jak to nam chory sam podaje, rozwijają się pierwsze z drugich; w miarę trwania jednego zjawiska, krystalizuje się coraz więcej drugie, - co więcej; natłok przechodzi stopniowo w postać postrzegania, której trudno już nie nazwać halucynacją. Od scyntylacji i muszek latających poprzez niewyraźne kontury aż do rozpoznawania podobieństwa, widzianego w tym stanie, oblicza - to droga, którą możemy u tego chorego stale stwierdzać.

Poza temi objawami, stojącemi w widocznym związku z cielesnemi, mamy jeszcze szereg innych, także z zespołu a. u., które nie mają już tak bezpośredniego tła organicznego. Będą to nagły zastój myśli, stany, które chory nazywa kradzieżą myśli i t. d. Stany te opisywano w okresach t. zw. „wyjątkowych“ w przewlekłym okresie nagm. zapal. mózgu, można je jednak - choć może nieco rzadziej i nie tak silnie zaznaczone - stwierdzić u naszych chorych znacznie częściej, bo także i poza temi okresami „wyjątkowemi“. U naszego chorego trwają te objawy niezmiennie, nie nasilają się ani co do ciężkości, ani co do częstości występowania,— na samym końcu obserwacji pojawiają się u naszego chorego objawy paranoidalne, przeważnie o charakterze prześladowczym, objawy zwiewne i zmieniające się dość często, ale mimo to zupełnie wyraźne. I znowu tak jak przedtem można było zauważyć wyraźną drogę rozwoju od objawów a. u. do halucynacji, tak można teraz także wykazać przejście od tychże objawów do naj-

---

*) Po każdym przypadku zajmiemy się szczegółami, dotyczącemi tylko przypadku opisanego; analizę ogólniejszą przenosimy na koniec tej pracy.

rozmaitszych pomysłów paranoidalnych. W tym przypadku występują urojenia bardzo późno, są niewyraźne, nie dominują nad życiem psychicznem chorego,—w następnych będą one jeszcze jaśniejsze i przejścia od jednych objawów do drugich będą wyraźniejsze.

Przyp. II. J. Z. 24 l. mężczyzna. W r. 1921 ostry okres nagm. zapal. mózgu. Od r. 1925 ataki zwracania gałek ocznych ku górze. Doprowadzony w r. 1928 do Zakładu z powodu zamachów na małe dziewczynki. Somatycznie bardzo wyraźne objawy parkinsonistyczne. Psychicznie: senny, leniwy, nie chce pracować, często siedzi przy warsztacie pracy i udaje, że się czemś zajmuje, bardzo często zupełnie bezczynny. Często oskarża otoczenie, że się z niego naigrawa; twierdzi, że inni chorzy śmieją się z niego, że mu dokuczają. Bardzo często zdradza się z dziwacznemi cenestezjami: ma zmieniony smak, coś siedzi u niego w sercu, w głowie coś żyjącego siedzi i przeszkadza mu się wyleczyć, (chory ma zupełnie dobre poczucie swojej choroby); często ma uczucie, jakby ktoś kłuł go w głowę. Chwilami ma wrażenie, jakgdyby jakieś postacie zbliżały się do niego, by mu coś zrobić złego, dzieje się to zwłaszcza wtedy, gdy ma ataki zwracania gałek ocznych do góry. Chory miewa od czasu do czasu ochotę do ucieczki z Zakładu, tłumaczy, że głos serca każe mu uciec. Taki głos serca pojawia się dość często i nakazuje mu robić najrozmaitsze rzeczy. Te głosy serca przepowiadają mu, czy ktoś chce mu zrobić krzywdę lub dokuczyć mu, nakazują mu bronić się. Chory rozróżnia wyraźnie pomiędzy głosami serca, a głosem własnej myśli: te ostatnie są jego własne, podczas gdy głos serca jest jakby inny, obcy, jakby nie od niego samego pochodził. Głos taki pojawia się niespodziewanie, by równie nagle zniknąć. Pozatem chory skarży się na to, że mu inni ludzie kradną jego myśli, że mu nagle zabierają wszystko, co ma w głowie, nie może nic myśleć, nie może niczego zakomunikować otoczeniu. Chory podnieca się bardzo często przy tych wszystkich objawach, towarzyszy im żywa reakcja uczuciowa chorego. Często oskarża wręcz lekarza, że nie chce leczyć chorego, że słucha tych wszystkich ludzi, którzy dokuczają mu. Chory staje się zwolna egoistyczny, zamknięty w sobie, podejrzliwy i nieufny.

Od czasu do czasu (i to obecnie znacznie częściej niż poprzednio) chory staje się wręcz podniecony, jest agresywny wobec otoczenia, często uderza jakiegoś współchorego. Wyjaśnia to

w ten sposób, że musi zemścić się za wszystko zło, jakie wycierpiał od tego chorego. Pozatem skarży się nasz chory na szereg wrogów jakich ma i w Zakładzie i poza Zakładem. Podaje niekiedy, że ich dziełem jest nagłe znikanie myśli z jego głowy, nagła pustka, nagła utrata wątka myśli. Chory sam podaje, że cierpi bardzo z tego powodu, że jest ofiarą prześladowań czy napaści osób nieraz mu zupełnie nieznanych. Gdy mu się każe wyraźnie podać, którzy z obecnych na sali chorych są względem niego wrogo nastawieni, chory waha się, nie potrafi podać ich dokładnie, odpowiedzi jego są niesprecyzowane; mimo wszystko podaje, że czuje się na sali źle, bo mu „wszyscy" dokuczają i są względem niego nieprzychylnie usposobieni.

W przypadku tym nie mamy tak ciekawych zaburzeń entoptycznych jak w poprzednim, który jest zresztą w tym względzie unikatem swojego rodzaju. Występują tu na plan pierwszy, poza charakterystycznemi zresztą objawami parkinsonistycznemi poszczególne części zespołu a. u. Mamy tutaj bardzo wyraźnie zaznaczone i nagły zastój myśli i kradzież myśli i to co chory nazywa głosami serca, o pewnej obcości dla niego, które to głosy chory odróżnia od głosów „swojej" głowy, mamy i ugłośnienie myśli i inne jeszcze rzadziej występujące objawy. Wszystkie one pojawiają się także zupełnie niezależnie od jakichkolwiek ataków cielesnych, mimo iż w czasie tych są może nieco bardziej nasilone i ilościowo i jakościowo. Natomiast inna jeszcze rzecz występuje tutaj wyraźnie. Chory poprzednio nie skarżył się zupełnie na swoich wrogów, na przykrości itd. Nie był nigdy agresywny wobec otoczenia (pomijając naturalnie jego raptus encephalitici). Dopiero w miarę coraz częstszego pojawiania się wymienionych objawów, narasta naprzód u naszego chorego jakby jakaś atmosfera urojeniowa. Chory staje się podejrzliwy, zaczyna się źle czuć w Zakładzie, czuje jakieś grożące niebezpieczeństwo, wietrzy wszędzie szyderstwo i naigrawanie się z jego choroby, staje się zwolna nieufny. Gdy te objawy trwają długo, postępuje u niego dalsza reakcja na chorobliwe przeżycia. Zaczyna się już wyraźnie zdradzać ze swojemi urojeniami, są one naturalnie początkowo zwiewne, znikają zaraz, potem jednak występują coraz uporczywiej. Na jeszcze jedną rzecz chciałbym zwrócić tutaj uwagę, która w teorji objawów paranoidalnych zdaje mieć niejakie znaczenie. Mam na myśli jego zachowanie się, gdy mu się każe pokazać swoich wrogów. Chory jest wtedy

niezdecydowany. nie wie na kogo ma wskazać, stwierdza się, że rzeczywistość tych urojeń nie ma zbyt wielkiego nasilenia u chorego.

Przyp. III. M. S. 41 l. kobieta. W r. 1930 repatrjowana z Kanady z certyfikatem stwierdzającym, że obecna choroba datuje się od kilku lat, prawdopodobieństwo „infekcji encefalitycznej" w r. 1921. Do 1927 pracowała spokojnie, od tego czasu zaczyna halucynować; niespokojna, widzi djabła, słyszy głosy, niezawsze rozumie to, co słyszy, podobnie jak nie zawsze pojmuje to, co widzi (jedno i drugie naturalnie w halucynacjach). Zwolna podnieca się coraz bardziej, uważa się za prześladowaną; czyny impulsywne.

W Zakładzie stwierdza się wyraźne, daleko posunięte, zaburzenia typu rigido- akinetycznego. Chora leży przeważnie bez ruchu na łóżku, spontanicznie mówi bardzo mało i z trudnością, przeważnie tylko pojedyncze słowa,czasem tylko mówi bez modulacji kilka zdań, zacinając się przytem. Na pytania odpowiada nieco swobodniej. Stale lękliwa, boi się, że lekarz chce ją zatruć. W czasie bezsennych nocy słyszała jak lekarz przychodził do niej; bił ją, mówił coś szeptem do ludzi, którzy z nim razem przyszli, chora nie zdaje sobie sprawy, co mówił, ale to był z pewnością wyrok śmierci na nią. Pozatem chora odczuwa szereg innych sensacyj, widzi jak najrozmaitsi ludzie podchodzą do niej, biją ją, czasem zdaje się chorej, że te osoby wszystkie mieszają jakąś truciznę dla niej, jest to często bardzo niewyraźne, „jakby przez zamrożoną szybę", ale mimo to chora to widzi wszystko dokładnie. Tak jej coś mówi, że to właśnie jest trucizna, a nic innego. Chora cierpi bardzo z powodu złych ludzi, którzy chcą jej dokuczać.

Podczas nocy bezsennych chora często mówi przed siebie „Czego chcesz odemnie". „Idź sobie precz", chora często przytem jęczy, pokrzykuje czasem „Szatan, szatan", chwilami prowadzi dłuższy jakiś monolog, w którym prosi o zmiłowanie się nad nią i darowanie jej życia. Rano chora opowiada o tem choć niejednokrotnie niechętnie, gdyż boi się skarżyć; przez skargi może być jej jeszcze gorzej.

Pozatem widzimy u chorej jeszcze wiele innych objawów: ma wyraźne echo myśli, skarży się na to, że cokolwiek pomyśli, to zaraz odzywa się gdzieś w otoczeniu, że otoczenie wie doskonale. co ona myśli; niejednokrotnie wydaje się jej jakoby

jej myśli stawały się głośne, cokolwiek pomyśli, to zaraz staje się tak głośne, jakby to powiedziała. Chwilami podaje chora że ma głowę ogłupioną, ludzie zabierają jej z głowy wszystko, o czemkolwiek ona tylko pomyśli. Chora cierpi chwilami na uczucie obcości: wszystko o czemkolwiek tylko pomyśli wydaje się jej obce; nawet otoczenie, które zna przecież tak dobrze, wydaje się jej inne, jakby odmienione. Pozatem stwierdza się u niej najdziwaczniejsze cenestezje. Spostrzegamy w końcu u tej chorej jeszcze objawy z szeregu natłoku. Mamy więc u niej natłok przedewszystkiem wzrokowy i słuchowy. Wydaje się jej jakgdyby całe masy ludzi czy jakichś obcych postaci maszerowało przed jej oczyma, całe tłumy wędrują w jej polu widzenia. Wszystko to jest monotonne, szare, ale mimo wszystko bardzo ruchliwe. Chora nie zna tych postaci, nie wie co one oznaczają. Podobnie słyszy często jakieś głosy, jakieś trąby, jakieś krzyki, które brzmią w jej uszach. Chora nie wie, co one mają oznaczać, gdy się jednak chorą usilne wypytuje o znaczenie tych wszystkich przeżyć, wtedy wyjaśnia czasem że to szatani przychodzą po nią, mają ją ukarać za jej dawne grzechy. Tu chora zaczyna opowiadać o swojem grzesznem życiu, za które musi teraz odcierpieć. Te ostatnie wynużenia chorej są sporadyczne i nie mają jednak wyraźnego charakteru urojeń grzesznościowych, są to tylko bardzo zwiewne i niewyraźne zaczątki może przyszłych urojeń. Dotychczas dominują przedewszystkiem urojenia prześladowcze, które opisano poprzednio.

W przypadku tym spotykamy tę zasadniczą napozór trudność, że nie mogliśmy od samego początku obserwować tej chorej, a zwłaszcza w chwili tworzenia się jej objawów paranoidalnych. Postaramy się ominąć może tę trudność w ten sposób, że mogliśmy obserwować, już zaczynające się w czasach ostatnich, urojenia grzesznościowe; per analogiam postaramy się zrekonstruować wytworzenie się jej pierwszych urojeń (prześladowczych). U chorej tej mamy cały szereg objawów z zakresu a. u. w tak wyraźnej i bogatej formie, jak u żadnego z dotychczasowych chorych. Nie chcę ich opisywać szczegółowo, gdyż byłoby to powtarzanie historji choroby, wspomnę tylko o takich jak: echo myśli, niesprecyzowane widzenia sceniczne (nawał wzrokowy), czy nawał słuchowy itd. Kiedy wypytuje się chorą o znaczenie tych objawów, chora

podaje początkowo odpowiedzi niesprecyzowane, dopiero potem wyjaśnia nam, że chodzi tu o wyrok śmierci, o porwanie przez szatana z powodu grzechów itd. Wydaje się początkowo jakoby chora wyjaśniła to, co widzi w sposób dla niej w danej chwili najwygodniejszy, dopiero potem zauważa się stałe nawracanie do tego samego „leitmotivu“ t. zn. grzeszności. Pozatem stwierdza się jeszcze jedną rzecz. Słyszymy w czasach ostatnich bardzo wiele o objawach a. u., a stosunkowo rzadko o jej grzeszności. Znaczyłoby to, że—albo jakaś myśl, nabierająca charakteru paranoidalnego, jest, in statu nascendi, trudniejszą fenomenologicznie do uchwycenia, albo pojawia się tylko w specjalnych warunkach. Zagadnienie to wymaga większego materjału do dyskusji i dlatego przeniosę je do części ogólnej. Przenosząc to, co obserwujemy teraz na mechanizm powstawania objawów paranoidalnych u tej chorej głównie prześladowczych, należy powiedzieć, że chora cierpiała z powodu nagm. zapal. mózgu w stanie przewlekłym na szereg zaburzeń, które ujęliśmy jako objawy a. u. W miarę trwania tych objawów następuje opracowanie tych objawów, aż do objawów paranoidalnych (p. część ogólna).

Przyp. IV. M. B. 40 l. kobieta. W r. 1921 poronna postać nagm. zapal. mózgu, „ciężka grypa“ połączona z bezsennością. Od r. 1925 zmieniona, podniecona, leniwa, staje się tyranem domowym, agresywna wobec otoczenia. Pierwszy pobyt w Zakładzie od 1926 do 1927, drugi od 1928. Objawy somatyczne miernie nasilone: Żywy odruch Zandowej, osłabienie odruchów źrenicznych, lekka hypertonja, lekko zaznaczony parkinsonizm, maskowatość twarzy słabo zaznaczona, mowa lekko zatarta, tendencja do propulsji. Zaburzenia głównie psychiczne. Świadomość choroby, wie że „od grypy“ jest chora, ona zachowywała się całkiem poprawnie wobec męża, zmieniła swoje postępowanie względem niego od tego czasu, gdy zauważyła, że chce ją porzucić. Mąż stał się złym, zaczął ją zdradzać; chora nie ma na to pewnych dowodów, niemniej jednak jest tego pewna; głosy mówiły jej to. Chora „odczuwa“ głosy, które pojawiają się wkoło niej, początkowo chora nierozpoznawała tych głosów, gdy się im jednak przysłuchiwała, „gdy wsłuchała się“ w nie, zaczęła zupełnie dobrze orjentować się w ich pochodzeniu. Są tam głosy siostry i córki, te najczęściej; pozatem są głosy innych dzieci, innych członków rodziny, nie-

kiedy pojawiają się głosy, obce dla chorej. Czasem słyszy chora naprzód jakieś „chaosy“, jakieś niewyraźne brzmienia, potem dopiero z tego wyłania się jakiś znany chorej, lub bliżej określony głos. Te głosy doradzają chorej, by sprawowała się dobrze, by była grzeczna, to prędzej pójdzie do domu, czasem słyszy chora i inne głosy namawiające ją do złego, są to głosy, nakazujące jej myśleć o lekarzach i stosunkach erotycznych z każdym z nich. Gdy chora była w domu, wtedy słyszała głosy inne, były to przeważnie głosy lekarzy, którzy leczyli ją w Kobierzynie, namawiały ją one do stosunków erotycznych.

Pozatem chora opowiada nam o widzeniach, te jednak miewa znacznie rzadziej niż halucynacje słuchowe. Czasem widzi chora jakieś niewyraźne postacie, jakieś smugi, jakieś „kotłowiska“, które kręcą się w kółko, czasem układają się z takich smug postacie jej nieznane, czasem widzi zupełnie wyraźnie znajomych lub krewnych, najczęściej znowu siostrę i dzieci. Czasami, choć rzadko, zdarza się tak, że słyszy równocześnie głosy i widzi mówiące postacie. Od czasu do czasu skarży się chora na to, że myśli jej stają się głośne, że wszyscy wiedzą co chora myśli, czasem zaś skarży się, że jej ktoś zabiera jej myśli i to zabiera albo jej mąż, który chce wiedzieć co ona właściwie myśli o nim, czy jest dalej na niego zła itd., albo zabiera jej te myśli jeden z lekarzy (względem którego jest nastawiona erotycznie), który znów chce wiedzieć, co ona o nim myśli, chce wiedzieć, czego nie powinien wiedzieć.

Najwyraźniejsze są najrozmaitsze myśli paranoidalne względem męża. Chora wie dobrze przez głosy, które donoszą jej o mężu wszystko aż do Zakładu, że jest zdradzoną, że mąż zabrał jej rzeczy, wziął sobie kochankę i zaniedbał zupełnie dzieci, chora niepokoi się tem, prosi lekarza o interwencję, czasem nawet podnieca się z tego powodu. Zresztą ona wie także, że mąż chciał ją otruć jeszcze w czasie pobytu jej w domu, teraz uczyniłby to także. O tem chora wie dobrze dlatego, że potrafi dokładnie przewidywać myśli cudze, potrafi wszystko wiedzieć, co jakiś człowiek o niej myśli. Na zapytanie, czy zna myśli badającego, odpowiada, że nie, ona bowiem zna tylko myśli tych, którzy są wobec niej nieprzychylnie nastawieni. Bez większych zmian trwa ten stan dłuższy czas,

czasem tylko chora podnieci się pod wpływem tych myśli, uspokaja się jednak względnie szybko, czasem odgraża się mężowi, częściej jednak prosi o odwiedziny męża, a gdy ich nie ma, błaga lekarzy o interwencję.

W przypadku tym uderza nas przedewszystkiem brak z początkiem obserwacji wyraźnych objawów cielesnych po nagminnem zapaleniu mózgu. Mamy, mimo długiego trwania okresu chronicznego, tylko nieznacznie zaznaczone symptomy tego stanu. Znacznie wyraźniejszemi są objawy psychiczne i dzięki nim tylko chora dostała się do Zakładu. Znowu uderza nas i w tym przypadku obecność objawów należących do a. u. Mamy u niej i skargi na zabieranie myśli, skarzy się także chora niekiedy na pustkę w głowie, dokucza jej ugłośnienie myśli, które odbywa się w jej świadomości, spostrzegamy pozatem u niej nawał wzrokowy i słuchowy. Tutaj zauważyć możemy jedną jeszcze ciekawą rzecz, a mianowicie bardzo wyraźne przejście od nawału i objawów a. u. do czystych halucynacji. Chora początkowo nie rozumie szumów, głosów czy dźwięków, jakie słyszy; dopiero po wsłuchaniu się w nie, zaczyna poznawać głos siostry (najczęściej), a potem głos jednej z córek. Jest to o tyle ciekawe, że chora była w bardzo ścisłym zawsze kontakcie z ową siostrą, lubiła ją bardzo, stała pod jej wpływem; jak sama przyznawała, nie robiła kroku bez zaciągnięcia u niej porady. Głos córki jest znów „dlatego" najczęstszy, że jest to jej najbardziej ulubione dziecko. O inne dzieci nie dbała tak, jak o tę właśnie córkę. Mamy więc tutaj dowód na zależność treści halucynacji od głębokich przeżyć, sięgających korzeniami głęboko w okres przedchorobowy. Dalej to, co jej te głosy mówią, stoi w ścisłym związku z jej najrozmaitszemi myślami, ma wyraźny charakter katatymiczny. Ciekawy jest dalej jej stosunek do męża i do urojeń zazdrości i prześladowczych, jakie u niej dominują. Chora nastawiona erotycznie w okresie przewlekłym nagm. zapal. mózgu, robi sobie nieraz bardzo ciężkie wyrzuty z tego powodu. Nagle, po części w domu, wyraźniej w Zakładzie zaczynają jej głosy mówić, że mąż ją zdradza, chora już nam wyjaśnia, że jej zachowanie jest tylko reakcją na postępek męża. Mielibyśmy tutaj z dość skomplikowanym mechanizmem do czynienia, ex post następowałoby wyjaśnienie postępowania, które utrwalałoby się coraz bardziej, stając się w końcu

jedną z najbardziej zasadniczych treści życia psychicznego naszej chorej. Inne bardziej ogólne zagadnienia związane z tą chorą omówimy w części ogólnej.

Przyp. V. L. C. 19 l. mężczyzna. W r. 1919 ostry okres nagm. zapal. mózgu. Dwa lata potem staje się nasz chory niespokojny, bezsenny, popełnia szereg impulsywnych kradzieży, miewa jakieś zwidywania. W czasie podnieceń (które zdarzają się dość często) niebezpieczny dla otoczenia. W Zakładzie przebywa poraz pierwszy w r. 1920 (6 miesięcy), po raz drugi od r. 1923 przez 11 miesięcy, umiera na tyfus brzuszny. Wyraźne zaburzenia cielesne, charakterystyczne dla przewlekłego okresu nagm. zapal. mózgu. Psychicznie: chory przygnębiony, miewa ostre stany lękowe, dwukrotnie usiłował wyskoczyć oknem, miewa dziwaczne halucynacje. Widzi postacie i jakieś figury. Z początku nie znał ich, potem rozpoznał w nich osoby ze swojej wsi, które chcą mu dokuczyć; te osoby, to łobuzy wiejskie. Chory odczuwa, jak mu ci ludzie klaszczą przed uszami, a potem wskakują do jego głowy. Słyszy równocześnie głosy ludzi, które grożą mu, wypominając, że musi umrzeć. „Bodajbyś zdechł, poco żyjesz idjoto...“ to przeważnie treść głosów, które słyszy. Chory czuje, że jest prześladowany przez jakichś ludzi, odczuwa stale jakieś grożące mu niebezpieczeństwo. Niekiedy podaje wprost, że jest prześladowany przez ludzi pochodzących z jego wsi. Chory jest przygnębiony z tego powodu, nie zna przyczyny tego nieszczęścia, nie poczuwa się do żadnej winy; teraz, gdy jest prześladowany, nie ma już celu w życiu, gdy tylko wyjdzie z Zakładu musi zginąć z ręki wrogów. Często twierdzi, że lepiej skończyć już teraz z życiem, które i tak jest nic warte. Często ma uczucie, że coś mu łupie w głowie, czasem zdaje mu się, że jest zatruty, że niema narządów węwnętrznych, które zabrano mu. Od czasu do czasu miewa uczucie, że podsłuchuje się jego myśli, że się je nawet zabiera z jego głowy. Skarży się pozatem, że musi stale być w walce z jakąś nieznaną siłą, która czatuje na niego.

W przypadku tym nie mamy już do czynienia z tak wyraźnemi objawami a. u., jak w poprzednich. Przyczyny należy doszukać się w tem, że u chorego tego wystapiły już wcześnie objawy psychotyczne i rozwinęły się szybko; przy przyjęciu do Zakładu mieliśmy do czynienia z halucynacjami i urojeniami,

nie można więc tak łatwo spostrzegać bardziej pierwotnych i niezłożonych objawów. Mimo to jednak i w czasie obserwacji klinicznej można było zapisać takie objawy, zdarzające się tu i owdzie. Słyszymy więc niekiedy z ust chorego o tem, że następuje ugłośnienie myśli, spotykamy się ze skargami na zabieranie myśli itd. Wszystko to jednak odbywa się w formie bardzo szczątkowej. Natomiast mamy już wyraźne halucynacje. Znowu i w tym przypadku spostrzegamy to, co i w poprzednim. Chory naprzód nie wie, co dane głosy oznaczają, dopiero potem w trakcie rozmyślań nad temi głosami, dochodzi do przekonania, że są to głosy jego wrogów, którzy mu grożą w sposób dla niego zgoła nieprzyjemny. Podobnie ma się rzecz i z halucynacjami wzrokowemi. Ostatecznie widzimy, że chory coraz częściej i coraz pewniej mówi o tych urojeniach, coraz szerzej je rozwija, nadaje im niejako coraz intenzywniejsze zabarwienie. Pozatem mamy jeszcze u tego chorego jeszcze jedną rzecz, której nie obserwujemy u innych chorych, mam na myśli stany przygnębienia i stany lękowe. Te nie wydają się mieć zasadniczego znaczenia dla tworzenia się urojeń czy nawet jakichś myśli prześladowczych, mogą jedynie pogłębiać atmosfkrę urojeniową. Geneza tych objawów wydaje się być inną, co w części ogólnej poruszymy jeszcze raz.

Przyp. VI. A. D. 28 l. mężczyzna. W r. 1923 „grypa" z sennością i zamroczeniami. W r. 1926 przyjęty do Zakładu na podstawie świadectwa lekarskiego, stwierdzającego u chorego akty impulsywne, mieszaninę okresów senności ze stanami podniecenia, w których jest niebezpieczny dla otoczenia, wybuchowy płacz i krzyki. Na oddziele stwierdza się wyraźne zaburzenia cielesne typu parkinsonistycznego. Chory miewa ataki zwracania gałek ocznych ku górze, są one jednak słabo zaznaczone i pojawiają się dość rzadko. Nie chce zostać w Zakładzie, nie uważa się za chorego. „Chłopy, które chciały mnie zakatrupić, tu mnie dały". Słyszy jeszcze te głosy tych wrogów czy innych ludzi, którzy stoją za drzwiami oddziału i śmieją się z niego. Chory twierdzi, że mu się chce zabić jego matkę, dla unieszkodliwienia go dano go tutaj, niespokojny, bije często pięściami w drzwi.

Zwolna uspokaja się. Był na wsi, jak twierdzi człowiekiem bogatym i porządnym, dlatego chciano mu dokuczyć i zemścić się na nim. Świadectwo lekarskie jest tylko aktem zemsty. W Zakładzie słyszy chory także takie głosy, jakie słyszał w pierwszych dniach przyjęcia. Dziś rozumie już pochodzenie i źródło

tych głosów, to są głosy ludzi, którzy mu dokuczali we wsi. Pozatem słyszy także głosy matki, która chciałaby go bardzo zobaczyć w domu, słyszy czasem głos matki, wołającej o pomoc. Chory wtedy podnieca się bardzo i domaga się stanowczo wypuszczenia. Pozatem zauważa się u chorego jeden ciekawy objaw: Chory powtarza często to, co posłyszy od innych chorych. Gdy jakiś chory podejdzie do lekarza z jakąś prośbą, wtedy nasz chory biegnie czemprędzej do lekarza, krzycząc, że to on właśnie miał to powiedzieć, tamten zabrał mu to i powiedział sam.

Chory sam podaje często, że jest bity i męczony przez jakieś siły, które każą mu niekiedy czynić tak, a nie inaczej. Pozatem mamy jeszcze u niego wyraźne skargi z powodu tego, że mu kradną myśli, że mu zabiera się z głowy wszystko, co tylko sam pomyśli, że czuje czasem w głowie jakby pustkę, jakby wszystkie myśli mu stanęły nagle i chory nie potrafi dalej nic pomyśleć; niekiedy żali się, że słyszy echo własnych myśli, co tylko pomyśli, zaraz odzywa się gdzieś daleko poza nim; niekiedy chory nie daje nam odpowiedzi na pytania, twierdzi bowiem, że lekarz czy pielęgniarze znają i tak jego myśli doskonale, nie potrzebuje więc wynurzać się przed nimi. Niekiedy spostrzegamy u chorego natłok myślowy, chory ma nagle przypływ myśli, które płyną w jego świadomości bez związku niekiedy jedna z drugą, przesuwają się przed nim jakby przed jakimś świadkiem, chory jest nawet sam zdziwiony tem zjawiskiem. Nie potrafi sobie go wyjaśnić, i stale ad hoc buduje sobie najrozmaitsze hypotezy, stojące przeważnie w związku z jego urojeniami prześladowczemi. Pozatem spostrzec możemy niekiedy u tego chorego jeszcze nawał wzrokowy i słuchowy, nie są one jednak tak silnie zaznaczone jak nawał myślowy.

U chorego tego, daleko stosunkowo posuniętego parkinsonika, spostrzegamy w przeciwieństwie do przypadku poprzedniego mimo daleko posuniętych objawów paranoidalnych, wyraźne jeszcze objawy a. u. Z rzędu tych właśnie objawów mamy bardzo wyraźne echo myśli, ów klasyczny dla a. u. objaw; spostrzegamy u chorego pustkę myśli, która nie stoi wcale w związku ze słabemi zresztą, jak już zaznaczyliśmy, atakami cielesnemi, bo pojawia się i poza niemi, — mamy i skargi na zabieranie myśli z głowy, możemy zauważyć poczucie jakiegoś ugłośniania myśli, która staje się dla wszystkich jasną i dostępną. W końcu spostrzec

można jeszcze bardzo wyraźny u tego chorego natłok myślowy, podobnie jak i słuchowy podczas gdy natłok wzrokowy, jest tylko zaznaczony; wszystko to spostrzegamy równocześnie z objawami takiemi, jak skargi na wrogów czy zemstę, na prześladowania chorego i jego matki itd. Objawy te niejako zachodzą na siebie i dopełniają się wzajemnie. W tym przypadku genetycznie były objawy a. u. pierwotnemi. Chory mimo, że podniecony w pierwszych dniach pobytu w Zakładzie, mimo szeregu skarg nie zdradzał się z objawami paranoidalnemi, skargi te były tylko powiedzeniami, które i dla chorego nie miały żadnego znaczenia i które chory zmieniał z chwili na chwilę. Inaczej potem. Pod wpływem najrozmaitszych halucynacyj, które wytworzyły się u tego chorego, podobnie jak i u dwu poprzednich z tych najrozmaitszych nieokreślonych widzeń czy słyszeń czy też z myśli, które wędrowały po jego świadomości bez jego czynnego współudziału, zaczął się u chorego ustalać wyraźny charakter paranoidalny całego szeregu przeżyć. Całe jego nastawienie do służby, a w pewnych chwilach i do lekarza, jest wybitnie paranoidalne, chory jest podejrzliwy i nieufny, drażliwy, często odnosi do siebie uwagi lekarza, dotyczące innych chorych itd. Pozatem jeszcze jedno świadczy o jego nastawieniu paranoidalnem: gdy uda się w pewnych okresach pozyskać jego zaufanie gdy wysłucha się spowiedzi chorego ze wszystkich tych niepokojących go przeżyć, chory uspokaja się na czas pewien. Inaczej mówiąc: spostrzegamy u tego chorego jakby spontaniczne rozpłynięcie się wielu objawów paranoidalnych, i dopiero znowu trzeba jakiegoś czasu, by się chory „naładował“ atmosferą urojeniową i wykazał znowu jakieś objawy paranoidalne.

Przyp. VII. S. M. 36 l. kobieta. Nie można ustalić dokładnej daty ostrego okresu nag. zapal. mózgu. Podobno przechodziła ciężką grypę z sennością i zwidywaniami w r. 1918. Przebywa w Zakładzie kilka razy: w r. 1921 (9 miesięcy), w r. 1922 (6 miesięcy), i od r. 1923 do r. 1925. Wyraźne zaburzenia somatyczne typu parkinsonistycznego z lekką komponentą akinetyczną. Napadowe ataki lęku i śmiechu. Chwilami krzyk o charakterze przymusowym. Boi się umrzeć, mąż zostawił ją w Zakładzie, aby ją tutaj otruto, będzie musiała umrzeć w niedługim czasie. Uważa się za zmienioną od jakiegoś czasu, ma uczucie, jakby była otrutą przez męża. Chora skarży się, że mąż zaniedbał ją, mimo że ona starała się bardzo o niego, nie przychodził

wogóle do domu, tłumaczył, że musi pracować w godzinach nadliczbowych, ale chora wie, że to nie jest prawda; mąż podjął w końcu zamiar zgładzenia jej, by się połączyć z którąś ze swych kochanek, ma ich bowiem, zdaniem żony, bardzo wiele.

Chora nie wie o tem bezpośrednio od męża, domyśla się tylko tego, pozatem donosi się jej o tem. Słyszy ona bowiem głosy, które donoszą jej o każdem kroku męża poza domem; chora podaje, że przychodzi na nią niekiedy „taki zalew“ myśli, najrozmaitsze myśli tańczą i skaczą jej po głowie, chora nie wie wtedy, czego się ma uczepić, w takichto razach przychodzą na nią takie myśli o mężu, a zaraz potem przychodzą do niej także głosy, donoszące o postępach małżonka. Kiedy chora idzie przez ulicę, słyszy jak poza nią mówią o niej i pokazują nawet na nią palcami, „Oto idzie ta biedna... to ta żona tego rozpustnika...“ itd. W Zakładzie chora nie słyszy tych wszystkich głosów, ma tylko jakby jakieś zwidywania, wydaje się jej, że widzi postacie, które rozpoznaje po krótkim wahaniu jako widzenia swoich znajomych. Z postaciami temi rozmawia, ale tylko w myślach, wewnątrz siebie. Dowiaduje się o swoich sprawach, a przedewszystkiem o mężu. Czasem słyszy głosy, które uznaje jako głosy kochanek męża, naśmiewających się z jej obecnego położenia.

Pozatem miewa chora najrozmaitsze cenestezje. Wydaje się jej, że skóra jej jest zmieniona, że ciało jej jest inne. W czasie ostatniego pobytu skarży się chora już bardzo wyraźnie na to, że czuje, jak jakieś węże nagle pojawiają się, oplatają jej ciało i chcą ją udusić, chora opisuje dokładnie, jak te węże wyglądają, jakiej są wielkości itd. Węże te syczą groźnie i wygryzają jej zwolna ciało, już wyżarły jej mózg. Są one nasłane przez męża i jego kochanki, by ją zgładzić i nie zostawić obciążających dowodów zbrodni.

Chora skarży się niejednokrotnie na takie osłabienia, że nie może się zemścić zwłaszcza, że mąż jej zna każdą myśl chorej. Czasem chora podaje, że przyjaciele doradzają jej w rozmowach wewnętrznych zemstę na niegodziwym mężu. Mimo osłabienia chora jednak zdobyła się na akt zemsty, gdyż rzuciła się raz na męża z siekierą w ręku, co było powodem drugiego dostawienia jej do Zakładu.

W przypadku tym mamy już od bardzo wczesnych okresów stadjum przewlekłego nagm. zapal. mózgu objawy takie, jak głosy, widzenia najrozmaitsze itd. Ciekawe jest tutaj to, że nie mamy

tak wyraźnych objawów, dotyczących samej ideacji (zastój myśli, kradzież myśli i in.), przeważa nawał i to wzrokowy oraz słuchowy. Można bardzo wyraźnie śledzić przejście od zwykłych objawów natłoku do wyraźnych halucynacyj wzrokowych i słuchowych. Jest to bardzo charakterystyczne, że chora widzi najrozmaitsze postacie, które dopiero po dłuższem wahaniu rozpoznaje jako przyjacielskie, a inne jako wrogie; podobnie głosy wiąże ściśle z postaciami: przyjaciele mówią rzeczy dla chorej względnie przyjemne, wrogowie mają dla niej tylko wyzwiska i groźby. Zależność od stanu uczuciowego, w którym się chora w danej chwili znajduje, jest bardzo wyraźna. Należy zwrócić uwagę na jeszcze jeden szczegół u tej chorej: miewa ona mianowicie odczucie jakgdyby obcy ludzie na ulicy zwracali na nią uwagę i mówili rzeczy, które specjalnie jej dotyczą. Byłby to jedyny przypadek, u którego tego rodzaju zjawisko obserwowaliśmy w całej rozciągłości. Chora ta jest dalej jedynym przykładem najdalej posuniętego rozwoju objawów paranoidalnych. Trwa ona niezmiernie w nich, mimo że są one nieskoordynowane, niezwiązane w całości logicznie ugruntowanej; co więcej, istnieje u niej bardzo silna reakcja uczuciowa na wszystkie, męczące ją, przeżycia; jest to jedyna chora, która przechodzi rozwój od prześladowanej do prześladującej. Dlatego przypadek ten zasługuje na specjalną uwagę.

Przejdźmy do omówienia ogólniejszego. Pominęliśmy celowo szereg przypadków, opisanych w literaturze, mimo, że i w nich możnaby bardzo łatwo wykazać te same elementy, co i u naszych chorych, elementy, nazwane jednak inaczej przez wielu autorów. Objawy paranoidalne w przebiegu przewlekłego nagm. zapal. mózgu są nader rzadkie. Bonhoeffer oblicza je na 0,5 proc., Stern na 1 proc., autorowie nieco późniejsi obliczają nieco więcej takich przypadków: Steck 4,5 proc., Kvint 6 proc. W materjale z Państw. Zakł. w Kobierzynie, wynoszącym 69 chorych, mogliśmy wykazać obecność tych objawów (licząc od najbardziej zwiewnych do najstalszych) w 7 przypadkach, co daje procent znacznie większy bo 10,2. Różnica w istnieniu tych objawów jest więc bardzo jaskrawa, do przyczyn, powodujących ją powrócimy jeszcze. Tu jednak zaznaczyć należy, że posługiwaliśmy się materjałem, w którym okres przewlekły tej choroby trwał bardzo długo, nieporównanie dłużej, niż w przypadkach wymienionych autorów, co jak się okaże, jest może najistotniejszym powodem tych różnic.

Postaramy się poddać krytyce dotychczasowe poglądy, wyjaśniające genezę, opisanych objawów paranoidalnych. Według szeregu autorów decydującą rolę w tym mechaniźmie tworzenia się tych objawów odgrywają następujące stany, jakim podlegają nasi chorzy: uczucie strachu, napięcie i niemiłe dla chorego perseweracje czy iteracje i ostatecznie jakaś biologiczna predyspozycja do takiej właśnie, a nie innej, reakcji psychologicznej na wymienione powyżej stany. Przejdźmy po koleji znaczenie poszczególnych tych stanów dla tworzenia się objawów paranoidalnych.

Trzy pierwsze z nich stoją w jaknajściślejszym związku z zaburzeniami cielesnemi, przedewszystkiem zaś z atakami zwracania gałek ocznych do góry. Przyjmują to wszyscy autorowie: a niektórzy tylko i to będący w znacznej miejszości, zauważają, że podobne stany można spotykać także i w okresach między owemi atakami, a więc zupełnie od nich niezależnie. W naszych przypadkach możemy bardzo łatwo zaobserwować także, że najrozmaitsze stany uczuciowe i pewne stany patologicznej ideacji (p. niżej) mogą występować zupełnie niezależnie od owych ataków.

Strach występuje w związku z atakami cielesnemi, które wogóle istnieją u niewielu chorych. Wyraźne ataki zwracania gałek ocznych do góry obserwowaliśmy w przypadku I. II. i VI, napadowe krzyki czy płacz w przypadkach VI. i VII. Pozatem zjawia się strach u tych chorych w okresach, w których nie spostrzegliśmy żadnych z wymienionych ataków cielesnych; a uczucie to unieruchomiające nieraz chorego widzieliśmy nawet w przypadkach, gdzie wogóle nie pojawiły się przez cały czas kilkuletniej obserwacji żadne ataki cielesne. Pozatem spostrzec mogliśmy kilkakrotnie u każdego z wymienionych chorych strach, występujący wyraźnie wtórnie, jako wynik jakiegoś toku myśli (a więc pojawienie się strachu wyjaśnionego dostatecznie między innemi przez Störringa, by się niem dłużej tutaj zajmować), pozatem nie mogliśmy niekiedy tego nawet zauważyć, by ten wtórny strach wpływał w jakikolwiek sposób na pojawienie się ataków cielesnych u tych chorych, u których się one wogóle pojawiały*).

---

*) Istnieje więc u naszych chorych kilka rodzaji strachu jednakowych fenomenologicznie, różnych jednak genetycznie. Mieliśmy i strach związany ściśle z zaburzeniami somatycznemi (ataki zwracania gałek ocznych ku górze), strach psychogenny wtórny, ale wpływający na objawy somatyczne (strach przed atakami zwrócenia gałek ocznych czy przed atakową akinezą), i wkońcu strach psychogenny, ale nie wpływający już na objawy somatyczne.

Reasumując: ponieważ nie we wszystkich przypadkach, w których powstają objawy paranoidalne, istnieje jakiś stan lękowy czy uczucie strachu, mające, jeśli istnieje, różnoraką — a więc nie tylko somatycznie uwarunkowaną — genezę, nie można go uważać za czynnik twórczy i pierwotny w powstawaniu objawów paranoidalnych; może on mieć tylko znaczenie wtórne i niejako pomocnicze.

Przejdźmy do uczucia napięcia. Spostrzegano, że uczucie to towarzyszy, podobnie jak strach, stale, lub prawie stale jakimś atakom cielesnym, przeważnie atakom zwracania gałek ocznych ku górze. W takich razach chory jest w jakimś stanie wyjątkowym, przeżywa, „myśli", o rzeczach, które same przez się nie są podbarwione uczuciowo, dopiero w skutek trwającego napięcia i niemożności pozbycia się tej myśli, występuje rezonans uczuciowy, przeważnie dla chorego przykro zabarwiony. Istnienie takiego napięcia, podbarwionego niemiło, może według wielu autorów umożliwić powstawanie objawów paranoidalnych, naturalnie u osobników do tego predysponowanych biologicznie. Znowu jednak i tu spostrzegamy, że w naszej kazuistyce nie ma tego jaskrawego uczucia napięcia, chorzy, którzy mają ataki zwracania gałek ocznych ku górze, czy ataki krzyku lub śmiechu, nie skarżą się wogóle na to uczucie, a podają zupełnie inne rzeczy, jako przeżyte (przyp. I.). Pozatem spostrzegamy że uczucie to zjawia się czasem i poza temi stanami cielesnemi wyjątkowemi, będąc od nich zupełnie niezależne. Niekiedy powstaje takie uczucie napięcia zupełnie wtórnie, gdy jakiś chory pracuje silnie intelektualnie, gdy z uwagą przygląda się, czy przysłuchuje się swoim przeżyciom, by wyłowić z nich jakąś treść — czy też wkońcu przy rozwiązywaniu jakichś zadań, przy najrozmaitszych próbach inteligencji. Są więc uczucia takie uwarunkowane tylko psychicznie. I znowu: fakt, że nie w każdym przypadku istnieje to uczucie napięcia, że jest ono u naszych chorych wogóle znacznie mniej nasilone, niż u chorych z częstemi atakami cielesnemi, czy takiemi, gdzie te ataki są jedynym lub głównym objawem psychopatologicznym, ale widzimy, że uczucie to pojawia się i poza temi cielesnemi stanami wyjątkowemi, od nich niezależnie; że uczucie to pojawić się może tylko pod wpływem psychicznym, dowodzi, że i to uczucie nie ma znaczenia zasadniczego, pierwotnego w tworzeniu się objawów paranoidalnych u naszych chorych.

Przejdźmy do punktu trzeciego, do iteracji i perseweracji, które znowu łączą się z zasadniczem 'zagadnieniem przymusowości, tak charakterystycznej dla tego rodzaju chorych. Dla jasności należy już teraz zaznaczyć, że istnieje, zdaniem naszem, dużo w tej dziedzinie nieporozumienia. Przedewszystkiem fakt, że w czasie ataków zwracania gałek ocznych ku górze istnieją stany przymusowe, jest rzeczą dowiedzioną, ich wyjaśnienie idzie przeważnie w kierunku, reprezentowanem w literaturze polskiej przez Chłopickiego. Fakty te są dzisiaj tak dobrze znane, że nie należy się dłużej nad niemi rozwodzić, Należy tutaj jednak poruszyć inny problem, stojący z poprzednim napozór w związku genetycznym, w istocie jednak zupełnie różny od zagadnienia przymusowości. To, że u chorego istnieją takie stany przymusowe, nie przeczy w żadnej mierze temu, aby istniały u niego i inne objawy, na pozór do tamtych podobne, w rzeczywistości zaś zupełnie od nich odmienne. Wszelkie objawy przymusowe (ze wszystkiemi atrybutami zjawiska anankastycznego) są przeważnie tematowo te same, będą to jakieś wstręty, odczuwane przez chorego bardzo boleśnie, stale powtarza się u jednego chorego to samo zdanie, czy ta sama myśl; każdy atak zwracania gałek ocznych ku górze przynosi fotograficzne prawie odbicie zdań czy myśli, męczących chorego podczas ataku poprzedniego. Znacznie rzadziej mamy to, by myśli, nabierające takiego charakteru przymusowego, zmieniły się od ataku do ataku, lub też były uwarunkowane jakiemiś czynnikami zewnętrznemi (posłyszana przed atakiem rozmowa, jakiś pomysł katatymiczny i in.). Poza atakani znikają te objawy przymusowe i chory potrafi myśleć zupełnie poprawnie. U naszych chorych nie spostrzegliśmy tak sprecyzowanej przymusowości, widzieliśmy w czasie ataków objawy zupełnie inne, pozatem same stany cielesne wyjątkowe nie były, jak zaznaczyliśmy, zbyt częste. Ale nawet posługując się rozumowaniem autorów, przypisujących tym zjawiskom przymusowym znaczenie zasadnicze w powstawaniu objawów paranoidalnych, jest niezrozumiałem zupełnie przejście od tych objawów przymusowych, znikających w życiu codziennem, do objawów paranoidalnych pojawiających się nie w stanach cielesnych wyjątkowych, ale właśnie w życiu codziennem. Przyjęcie przemieszczenia czy przetrwania zjawisk przymusowych, czy tylko ch skutków na resztę życia psychicznego, jest nic nie wyja-

śniającem powiedzeniem. Co więcej, nie starano się wogóle zwrócić uwagi na to, że i za wyjątkowemi stanami cielesnemi spotyka się podobne nieco objawy (a. u.), o genezie innej jednak, które to objawy (w przypadkach naszych opisywane szczegółowo) mają, zdaniem naszym, decydującą rolę w tworzeniu się najrozmaitszych koncepcyj paranoidalnych u naszych chorych.

W dotychczasowem ujęciu teoretycznem nie ma przejścia bezpośredniego, jak sami autorowie to przyznają, od wyżej opisanych zjawisk do objawów paranoidalnych. Chcąc bez reszty wyjaśnić wytworzenie się tych objawów, przyjmują ci autorowie koncepcję jakiejś predyspozycji biologicznej; ściślej mówiąc, przyjmują oni, że u indywiduów z t. zw. charakterem paranoicznym rozwiną się objawy paranoidalne, u innych choćby istniały warunkujące te stany objawy (p. wyżej), nie spostrzeżemy żadnych objawów paranoidalnych. W rozumieniu tem istnieje typowy zwrot logiczny „jak gdyby" (als-ob). Przyjmuje się ex post, mając już rozwinięte objawy paranoidalne, istnienie w danym osobniku danego charakteru. Należy zwrócić uwagę, że nie wiemy, co to jest charakter paranoiczny czy paranoidalny (p. mój referat na Zjeździe Psychjatrów Polskich w Choroszczy, 1932), wszelakie ujęcie tego charakteru globalnie zawodzi; a dalej: po 10 czy i więcej latach pobytu w jakimś Zakładzie leczniczym pojawiają się takie objawy, a wtedy jest prawie niemożliwem stwierdzenie objektywne i pewne najrozmaitszych szczegółów zachowania się chorego przed przyjściem do Zakładu; przy przyjęciu zaś rodziny nie potrafią niejednokrotnie zrozumieć przy odpowiednich nawet pytaniach o co pytającemu chodzi. Przyjmowanie więc takiego charakteru po kilku latach pobytu w Zakładzie jest czystą konstrukcją logiczną, nie mającą podkładu realnego. Inaczej: przyjęcie charakteru paranoidalnego czy paranoicznego w tych przypadkach, gdzie dany objaw paranoidalny się pojawia, nie wyjaśnia nam wcale jego genezy, ale jest raczej dowodem, niemożności wyjaśnienia całego mechanizmu rozwojowego objawów paranoidalnych.

Przejdźmy teraz do części pozytywnej i do wyjaśnienia genezy objawów paranoidalnych w naszych przypadkach, unikając dotychczasowych pojęć, które okazały się niemożliwemi do dalszego utrzymania w tem wyjaśnieniu.

Pod wpływem zaburzeń patologicznych, zachodzących w ośrodkowym układzie nerwowym z powodu nagm. zapal. mózgu, zaburzeń, które same przez się zlokalizowane, działają niewątpliwie na części bezpośrednio anatomopatologiczne niezmienione, — pojawia się u chorego szereg zjawisk, opisanych i w naszej obecnie kazuistyce, które ujmujemy pod nazwą a. u. Nad tym zespołem zastanawialiśmy się swojego czasu dokładniej, tu podkreślimy tylko co następuje: Zespoł nazwany (niezbyt szczęśliwie, jak zresztą sam autor to przyznaje) a. u. jest niczem innem, jak tylko określeniem ideoeffektywnem, jest tylko subjektywnem nazwaniem przez chorego szeregu zjawisk, odgrywających się w jego świadomości. Zjawiska te o podkładzie niewątpliwie organicznym chory odczuwa bardzo wyraźnie, cierpi z ich powodu, stara się je nazwać w jakiś sposób podciągnąć pod kategorję myślenia zdrowego, inaczej mówiąc: zaburzenie pierwotne, zdaje się dalej nierozkładalne, pojawiające się w szeregu schorzeń organicznych, a więc także i nagm. zapal. mózgu, dotyczy przedewszystkiem ideacji t. zn. biegu myśli, odpowiedniego kierowania tokiem myśli itd.. Chorzy odczuwający to zaburzenie, konstruują sobie o niem pewien sąd, nazywają je w pewien charakterystyczny sposób. Ponieważ zaburzenie te dotyczy przedewszystkiem ideacji, zapodania chorego będą szły w tym głównie kierunku. Drugim bardzo ważnym czynnikiem umożliwiającym chorym ten sąd normatywny i nadającym piętno nazwaniom tego zjawiska przez chorych jest fakt, obserwowany na całym szeregu chorych, t. zw. eksterjoryzacji, rzutowania na zewnątrz. Fakt ten obserwujemy zarówno w psychjatrji jak i neurologji. Jakieś zjawisko chorobowe jest rzutowane na zewnątrz ciała chorego, chorzy widzą jakieś skotomata przed sobą; nie wiedząc, że mają skotomata, przypuszczają, że mają przed sobą jakieś czarne plamy; w psychjatrji zjawisko to jest jeszcze pospolitsze i nie wymaga specjalnych objaśnień. Opisane powyżej zaburzenia zostają odczute, nie jako istniejące w samym chorym, ale jako istniejące poza nim, jako pochodzące z otoczenia. W objawie a. u. mamy więc: a) rzutowanie własnego zaburzenia na zewnątrz i b) odpowiednio do rzutowania nazwanie tego zjawiska.

W szczegółach przedstawia ten proces następująco: najprostszym objawem jest echo myśli. Chorzy odczuwają, że

każdą ich myśl powtarza ktoś z otoczenia. Jakieś nieokreślone bliżej pod względem patofizjologicznem zaburzenie, odczuwane jest przez chorego w ten spcsób, że otoczenie jest rezonatorem jego myśli, każda myśl zostaje powtórzoną przez otoczenie. Przy tem zjawisku nie obserwujemy przeważnie żadnej reakcji uczuciowej ze strony chorego, który podaje nam ten fakt do wiadomości, bez żywszych komentarzy. Czasem chorzy podają nam, że myśli ich stają się głośne i otoczenie zna je. Trudno jest powiedzieć, czy tym dwom określeniom odpowiada jedno zjawisko czy też dwa różne. Innem zjawiskiem jest nagłe zatrzymanie się myśi, tak często u encefalityków zarówno w czasie jakichkolwiek ataków cielesnych, jak też i poza niemi. Skargi chorych są zbyt dobrze znane, by się nad tem dłużej zatrzymywać. I przy tym objawie nie mamy do czynienia z jakąś żywszą reakcją uczuciową, dopiero gdy takie zjawisko trwa dłużej, wtedy staje się ono choremu nieprzyjemne. Pozatem obserwujemy u naszych chorych już nowe objawy z tego samego typu: chorzy mówią często nie o zatrzymywaniu się ich myśli ale o zabraniu im myśli, takie objawy spotykamy już nieco później, reakcja uczuciowa jest już wtedy wyraźna, prawie stale przykra dla chorego. Rzutowanie na zewnątrz jest w tym wypadku już zupełnie łatwo uchwytne. Niekiedy jednak chorzy mówią zupełnie wyraźnie o kradzieży myśli. W takich przypadkach jest reakcja uczuciowa bardzo żywa, chorzy są w chwilach takiego odczuwania drażliwi, rzutowanie na otoczenie jest tutaj najwyraźniejsze. Na tym przykładzie (nie uwzględniającym wielu innych objawów a. u.) mamy jeszcze dowód na tak zwaną elaborację, opracowanie (elaboration imaginative), a polegające na coraz dokładniejszem rzutowaniu odczuwanego cierpienia na zewnątrz i odseperowaniu się rzutującego przedmiotu od niego.

Rozważmy jeszcze bardzo ciekawe zagadnienie natłoku, które łączy się bardzo ściśle z zagadnieniem a. u. W szeregu przypadków zauważyliśmy najrozmaitsze zjawiska których pochodzenie organiczne nie ulega najmniejszej wątpliwości. Czy to będą najdziwniejsze jakieś nieokreślone głosy, szczątki jakichś słów, głoski czy zgłoski niedokończone, czy też jakieś iskrzenia, muszki latające, czy inne prymitywne zjawiska optyczne czy w końcu jakieś myśli dziwne, przychodzące równie znienacka, jak i owe prymitywne zjawiska optyczne, jakby ska-

czące poprzez siebie najrozmaitsze pomysły; niekiedy znów poszczególne słowa, niezwiązane ze sobą, przesuwają się chorym przez myśli. Chorzy stoją wobec tych najdziwniejszych zjawisk zupełnie bezradnie, przyglądają się im, jak widzowie. Z tych zjawisk podzielonych na trzy grupy (natłok wzrokowy, słuchowy i myślowy) ryzwijają się inne, bardziej skomplikowane, objawy psychopatologiczne. Przedewszystkiem takie najrozmaitsze prymitywne zjawiska zmysłowe, o ile trwają czas dłuższy, zaczynają nabierać innego charakteru, iskrzenia czy muszki latające zmieniają się w jakieś kontury, czy postacie, zmieniające się i przesuwające się, przed świadomością chorego „jak w kinie", podobnie z niewyraźnych myśli stają się całe rozmowy czy korowody myśli, z któremi chorzy mówią wewnątrz siebie (parole intérieure). Początkowo chorzy patrzą na te zjawiska zupełnie obojętnie, dopiero w miarę trwania tych zjawisk zaczyna się u chorych pojawiać reakcja uczuciowa. Chorzy w miarę postępującej reakcji uczuciowej, zaczynają coraz bardziej opracowywać tematowo przeżywane przez się zjawiska, zaczynają poznawać poszczególne osoby w widzeniach, słyszą wyraźne głosy, prowadzą bardzo żywe rozmowy wewnętrzne, które rozwijają się aż do halucynacyj psychicznych. Znowu i w zjawiskach nawału mamy to samo, co i poprzednio opisaliśmy: w miarę odpowiedniej reakcji uczuciowej następuje coraz pewniejsza eksterjoryzacja i coraz lepsze opracowanie, elaboracja przeżywanych zjawisk. Reasumując powiedziane można stwierdzić najogólniej, że halucynacja jest w naszych przypadkach w większości ostatecznym produktem opracowania psychologicznego jednej z form natłoku.

Mamy więc w miarę trwania zaburzeń u naszych chorych coraz większe pogłębianie się objawów u nich. Chorzy już bardzo rzadko — po długim pobycie w Zakładzie — wynurzają się z czystemi objawami a. u. przed lekarzem, objawy te występują coraz bardziej zatarte, (por. przyp. V.) coraz częściej ustępując miejsca wynurzeniom, które są produktem coraz dalej idącego opracowania. Mamy ostatecznie utwierdzenie się chorego w jego poprzednich, nieznacznie jeszcze tylko zaznaczonych tendencjach do rzutowania; chory przenosi teraz z całą pewnością swoje zaburzenia na otoczenie, przypisuje swojemu milieu genezę swoich niedomagań. Z powodu zaburzeń inteligencji, które istnieją niewątpliwie u tych chorych

(p. prace mające się ukazać w Schweizer Archiv) nie tylko nie następuje korekcja takiego rzutowania, ale wskutek charakterystycznych cech w myśleniu w przewlekłem nagm. zapal. mózgu (bradyphrenia i in.), istnieje utrwalenie, czepianie się tego właśnie tematu, który najczęściej pojawia się u chorego i najwięcej miejsca zajmuje w jego świadomości.*)

Następnym faktem, powodujacym utrwalenie tych jawisk, które opisaliśmy wyżej jest tak zw. funkcja transcendentna (Transzendenzfunktion, Störring). Zjawisko to spotykamy także u ludzi normalnych, polega ono na możliwości obserwowania własnych przeżyć psychicznych, na zdawanie sobie sprawy z faktów zachodzących we własnej świadomości. Encefalitycy wykazują jak powszechnie wiadomo, szereg objawów, dowodzących o tem, że zwracają baczną uwagę na wszystko, co się w ich świadomości dzieje. Mamy u nich najrozmaitsze skargi hypochondryczne, mamy bardzo dokładne relacje o własnych przeżyciach czy ze stanów wyjątkowych, czy też z ich życia codziennego, krótko: u nich owa funkcja transcendentna wydaje się być wzmożoną. Gdy obserwujemy takich chorych dokładniej, spostrzegamy, że oni nie żyją niczem innem, jak tylko „przetrawieniem“ własnych zaburzeń. Rozmyślają oni bardzo dużo nad swoją chorobą, interesują się bardzo wszelkiemi nowemi objawami, często mówią z lekarzem o swojej chorobie, prosząc go o leczenie. I ta właśnie funkcja jest także czynnikiem umożliwiającym przetrwanie bardzo długo istniejących już objawów u chorego, rozmyślanie na ich temat i, co poniekąd jest z poprzedniem związane, na dalsze opracowanie, rozwój tych objawów.**)

Po części jest z tą funkcją transcendentną związane zagadnienie rozpadu osobowości. Szereg autorów przyjmuje u tych chorych taki rozpad, upodobniając tem samem psychotyczne

---

*) Nie jest celem tej pracy zajmować się badaniem genezy fizjologicznej halucynacyj. Kilka jednak prac doby obecnej zdaje się rzucać ciekawe światło i na to zagadnienie (Hartmann, Poetzl, Goldstein i in.).

**) Z poglądem tym zgadzałby się poniekąd pogląd Goldsteina, dopatrujący się u chorych w przewlekłym okresie nagm. zapal. mózgu zaburzeń zasadniczych w tendencji do utrwalenia (Beharrungstendenz). Ta byłaby wynikiem zahamowania wyższych władz psychicznych i wyzwolenia się niższych, prymitywnych mechanizmów; badania własne nad wyższemi czynnościami u tych chorych potwierdzają tę tezę w zupełności.

objawy spotykane u takich, jak nasi, chorych do najrozmaitszych objawów, spotykanych w schizofrenji. Takie rozdzielenie chorego na podmiot i przedmiot obserwacji psychologicznej miałoby na ten rozpad wskazywać. Nie wydaje nam się jednak ten pogląd zbyt pewnie ugruntowany. Jak już stwierdziliśmy, taki podział danej świadomości na objekt i subjekt badania jest warunkiem każdej introspekcji i istnieje w każdej normalnej świadomości; u encefalityka jest to zjawisko jedynie silniej zaznaczone, w każdym razie zaś nie jest czemś jakościowo nowem. Taka rejestracja własnych przeżyć jest jak szereg chorych, a za nimi i wielu autorów, podaje stanem specjalnego czuwania (Mayer-Gross, Bürger, Störring i in.). Mayer-Gross podaje nawet, że u takich chorych umożliwia ten stan specjalnego czuwania na rozszerzenie pola świadomości i objektywizację każdego, nienormalnie przebiegającego zjawiska.

Omawialiśmy dotychczas kilka czynników zasadniczych dla rozwoju objawów paranoidalnych u encefalityków. Wszystkie te czynniki są nam dane w przypadkach po nagm. zapal. mózgu. U chorych tych rozwój nastawienia paranoidalnego postępuje jednak naprzód. Jak już poprzednio zauważyliśmy, istnieje u chorych coraz silniejsze umocnienie się w eksterjoryzacji, coraz wyraźniejsze rzutowanie na zewnątrz siebie doznawań. Odbywa się to z coraz większą pewnością, zwłaszcza, że i reakcja uczuciowa jest w miarę trwania tych zjawisk, coraz wyraźniejszą; perswazja odnosi coraz mniejszy skutek, chorych coraz trudniej odwieść od tego rzutowania. Pozatem w samem rzutowaniu mogliśmy spostrzec najrozmaitsze stopnie, w których np. kradzież myśli jest już oskarżeniem otoczenia o złe zamiary względem chorego. Równocześnie objawy natłoku, nasilając się coraz silniej, przechodzą opisany rozwój do halucynacji. Chory staje wobec nowych zjawisk, które wyjaśnia w sposób dla niego najprzystępniejszy, stojący w jaknajściślejszym związku z daleko posuniętem procesem rzutowania i reakcji uczuciowej mu towarzyszącej: z kradzieżą myśli. Z chwilą gdy pojawiają się już wyraźne halucynacje zaczyna się reakcja osobnicza na nie, przeważnie w sensie katatymicznym. Dość mieliśmy przykładów w naszej kazuistyce na to, że chory widzi i słyszy to, co chce zobaczyć czy usłyszeć. I tu zaczyna się konflikt między katatymicznemi halucynacjami, a szeregiem zaburzeń w ideacji, pomiędzy jego

marzeniami, a jego rzeczywistością. Z konfiktu tego wyprowadzają chorego zasadniczo dwie drogi: albo zamknięcie się w świecie katatymicznym, bez oglądania się na rzeczywistość, albo odpowiednie nastawienie się w stosunku do rzeczywistości, która stała się powodem jego najrozmaitszych cierpień (rzutowania), co potem znowu halucynacje w całej pełni potwierdzają. I tu zaczynają się pojawiać wyraźne objawy paranoidalne, z początku bardzo zwiewne, coraz jednak silniej się zaznaczające, wkońcu występujące zupełnie wyraźnie i dominujące nad całem życiem psychicznie chorego. Zaznaczyć jeszcze należy, że możliwość pierwsza t. zn. zamknięcie się w świecie katatymicznem jest u encefalityków rzeczą bardzo trudną, gdyż cały ich element katatymiczny jest wtórny, pojawia się dopiero po pewnym okresie rozwoju natłoku; poprzednio go nie zauważono.

Tu należy jeszcze poruszyć kilka ważnych punktów. Pierwszem jest pytanie dlaczego w takim razie nie u wszystkich encefalityków rozwijają się po pewnym czasie trwania ich choroby objawy paranoidalne, zwłaszcza, że w jednej z poprzednich prac wyraziliśmy przypuszczenie, że u wszystkich, czy też znacznej większości, przypadków można stwierdzić objawy a. u. To, że nie wszystkie przypadki przechodzą naszkicowany poprzednio rozwój do objawów paronoidalnych, że niektóre stoją na dawnym poziomie, czy to na stopniu objawów a. u. czy już jako tako posuniętej elaboracji, czy wreszcie na poziomie halucynacji bez przejścia do rozwoju samych objawów paranoidalnych ma swoją przyczynę w zaburzeniach cielesnych u naszych chorych. Należy stwierdzić, że w miarę coraz to bardziej posuniętych objawów cielesnych, jak sztywność, akineza, w miarę coraz to bardziej zaznaczającego się posuwania odpowiednich zmian psychicznych jak bradyfrenja, niezdolności do koncentracji z jednej i niezdolności do jakichkolwiek pomysłowości twórczej z drugiej strony, — opracowanie objawów a. u. idzie coraz gorzej Na to, by powstało urojenie, a więc najprostszy w naszej kazuistyce objaw paranoidalny, musi chory mieć na tyle twórczej inwencji, by móc skonstruować jakiś sąd, jakim jest bezwzględnie urojenie. Z chwilą, gdy nie stać go na tę konstrukcję, nie może powstać objaw paranoidalny, mimo istnienia tworzywa do niego. Reasumując: stopień rozwoju objawów a. u. jest zależny w przypadkach prze-

wlekłego okresu nagm. zapal. mózgu od odpowiedniego stanu psychofizycznego; daleko posunięty rozwój tych objawów jest dowodem pośrednim, że specyficzne zaburzenia encefalityczne nie posunęły się zbyt daleko.

Następne zagadnienie to sprawa charakteru podchorobowego. Na podstawie powiedzianego jest, zdaje mi się zupełnie jasnem, że nie musimy absolutnie przyjmować istnienia jakiegoś charakteru czy innej predyspozycji biologicznej. Jesteśmy w czasie kilkuletniej obserwacji świadkami wytwarzania się najrozmaitszych nastawień i sposobów reakcji, które zwykło się ujmować jako charakter paranoidalny czy paranoiczny. Wynika więc z naszych obserwacji, że ta całość w zachowaniu się chorego, którą ujmujemy pod nazwą charakteru, wytwarza się podczas choroby dopiero, a nie jest nam daną przed nią. Na zarzut, że charakter taki może być ukryty i dopiero w stosownej chwili się ujawnić, możemy odpowiedzieć tylko, że fakt pojawienia się tego charakteru tylko u osób z niebardzo daleko posuniętemi objawami psychofizycznemi specyficznemi dla encefalityków, — a brak tego charakteru u osób z ciężko przebiegającym okresem chronicznym tej choroby, mimo istnienia jednakowego tworzywa świadczy zupełnie dobrze przeciw tej koncepcji.

Zostaje jeszcze do omówienia socjalna strona tego zagadnienia t. zn. analiza wartości realnej (Realitätswert, Kant): praktyczne ustosunkowanie się chorego do jego nastawienia paranoidalnego i wartości rzeczywistej (Wirklichkeitswert, Kant): podmiotowa pewność w istnienie i rzeczywistość urojeń, jakie spotykamy u naszych chorych. Z opisów historji choroby wynika już jasno, że na początku pojawienia się objawów paranoidalnych, kiedy są one jeszcze zwiewne i niesprecyzowane, istnieje zarówno mała wartość realna jak też i rzeczywista tych objawów. Chorzy nie są specjalnie pewni swoich urojeń, nie potrafią wskazać swoich wrogów, nie potrafią sprecyzować dokładnie tego milieu, które im szkodzi itd. Podobnie mimo najrozmaitszych podejrzeń, gniewów czy dąsów na otoczenie, są oni z niem w dobrym kontakcie, usłużni, przystępni w rozmowie itd. Gdy objawy paranoidalne narastają, gdy pokazują się z coraz większą natarczywością, wtedy zwiększa się wartość rzeczywista urojeń, chorzy już dokładnie wiedzą, kto ich męczy, kto jest ich wrogiem itd. Wartość realna idzie w tyle za wartością rzeczywistą, chorzy

zupełnie nie reagują na tych wrogów, zachowują się w stosunku do wrogów nawet przychylnie i zabiegają o ich względy (przyp. IV.). W jednym tylko przypadku (VII.) wartość realna wyrównała się niejako z wartością rzeczywistą; w tym wypadku chora nabrawszy pewności co do swojego męża, postąpiła w myśl tej nabranej pewności.

Teraz znajdziemy odpowiedź na kilka pytań, które pozostało otwarte przy omawianiu poszczególnych przypadków. Rozumiemy zachowanie się chorego II, IV. i VI., gdyż jest ono podyktowane małą wartością realną. Chory milknie, gdy mu się każe pokazać wrogów; chora, mimo, że ma żal do męża, prosi o wystaranie się o odwiedziny; chory mówi chętnie z lekarzem, mimo, że wygaduje na niego itd. U tego samego chorego zmniejszają się na czas dłuższy zaburzenia paranoidalne po rozmowie, gdyż jest on przystępny perswazji, z powodu właśnie braku silnej wartości rzeczywistej urojeń. Teraz będzie też jasnem dlaczego chora III. mimo, że często spotyka się u niej objawy a. u. rzadziej wynurza się z myślami grzeszno ściowemi, podczas gdy z prześladowczemi zdradza się nierównie częściej: ostatnie pojawiły się, gdy objawy specyficzne dla tego stanu nagm. zapal. mózgu nie były zbyt silnie naznaczone, pierwsze wytwarzają się, gdy chora jest w daleko posuniętej akinezie z innemi objawami charakterystycznemi psychofizycznemi; dlatego trudniej jest jej skonstruować te objawy, nie może ona doprowadzić do takiego rozwoju, jak objawy prześladowcze. Odwrotnie u chorej VII. wartość realna i rzeczywista urojeń, poszła daleko, urojenia osięgnęły najdalej idący stopień rozwoju, gdyż objawy encefalityczne inne były nieznacznie naznaczone.

Reasumując wyżej podane uwagi na marginesie obserwacji 7 chorych należy zaznaczyć: Objawy paranoidalne pojawiające się w okresie przewlekłym nagm. zapal. mózgu a) stoją w odwrotnym stosunku do specyficznych objawów psychofizycznych dla tego okresu nagm. zapal. mózgu. b) są wynikiem bardzo długiego rozwoju psychologicznego, którego tworzywem są objawy a. u. i natłok, wkońcu c) nie wymagają przyjęcia jakiejś specjalnej predyspozycji charakterologicznej.

Zagadnienie, bardzo ciekawe i ewentualnie płodne w wnioski, podobieństwa czy też różnice z objawami spotykanemi w schizofrenji, jako nie należące do tematu zostawiamy otwarte.

Literatura.

Z powodu ogromnej literatury przedmiotu podam tylko te dzieła i prace, które same zawierają szczegółowy spis literatury, bądź też mają znaczenie bardziej zasadnicze.

Achard: L'encéphalite épidémique. Clérambault: Prat, méd. franç. 1925, ibid 1926, Ann. méd.-psych. 1927, Soc clin. mal. ment. 1920, ibid. 1921, Clérambault — Porc'her: Soc. clin. mal. ment.1920, Chłopicki: Arch. f. Psych. XCIII. Heuyer: Ann. méd.- psych. 1926, L'encéph. 1927, Heuyer — Lamache: L'encéph. 1929, Soc. Psych 1925, Lange: z. Neur. LXXXIV. Minkowski: Nervenarzt I, Arch. suiss. 1927, ibid. 1930. Pieńkowski: Rocz. pol. akad. nauk. lek. 1922. Scharfetter: Deut. Zeitschr. Nervnhlk. XCIII. Stern: Die epidemische Encephalitis. Stertz: Arch. f. Psych, LXXIV. G. Störring: Psychologie.

Recherches sur le rôle de la constitution et du caractère dans les syndromes paranoïaques de nature symptomatique.

Par le DR. DRETLER — Kobierzyn.

L'auteur appelle „syndromes paranoïaques de nature symptomatique" des syndromes qui sont caractérisés par des idées délirantes systématisées et qui surviennent au cours de psychoses symptomatiques. Il a trouvé des syndromes de cet ordre dans 16 p. 100 de son matériel clinique.

Les recherches sur l'hérédité de ces malades ont montré qu'il n'existait pas chez eux d'hérédité psychopathique dans un sens déterminé, et plus particulièrement qu'il n'existait pas d'hérédité paranoïaque spécifique. La fréquence de la schizophrénie dans les familles de ces malades n'est pas plus grande que chez des individus sains.

Les recherches sur la structure du corps ont démontré une très légère prédominance du type pycnique, se manifestant dans les proportions morphologiques de la tête, du tronc et des membres. Cette prédominance devient encore plus insignifiante si on tient compte des particularités de la peau, des chevaux.

Les recherches sur le tempérament ont revelé une légère prédominance de l'élément maniaque.

Les études sur le caractère ont été faites d'après les méthodes de Ewald et de Klages. Les résultats obtenus par les deux méthodes dont le point de départ est différent, ont été, dans l'ensemble concordants. Pour nos malades il ne saurait être question d'un caractère paranoïaque univoque. Il existe seulement des réactions accrues en présence de certains événements, conditionnées par une exagération de la vie affective, par une augmentation du sentiment du moi.

Krajowy Zakł. Psychjatryczny Dziekanka. Dyr. Dr. med. Dr. phil. Al. PIOTROWSKI.

Leczenie gardenalowe stanów manjakalnych i depresyjnych.

Podał Prymarjusz Dr. ST. ŚWIERCZEK.

Stany manjakalne i depresyjne stanowią bardzo ważny rozdział lecznictwa chemicznego w psychjatrji. Główne znaczenie posiadają tu dotąd środki nasenne zarówno alkaloidy jak i leki grupy barbiturowej. Poniżej mam zamiar przedstawić nasze doświadczenia z gardenalem w leczeniu stanów manjakalnych i depresyjnych i to zarówno objawowych, jak i składających się na obraz kliniczny psychozy manjakalno depresyjnej. Obok powszechnie od dawna używanego opium istnieją próby lecznicze z pokrewnemi preparatami w celu zastąpienia opium. I tak W. Jacobi [1]) przeprowadził w klinice jenajskiej próby z eukodalem w dawce 0,005 — 0,015 3 razy dziennie per os w leczeniu melancholji, i w następstwie tego uznał eukodal za conajmniej równy opium. Bufe [2]) stosował ostatnio w tym samym celu dicodid z cardiazolem, ten ostatni z powodu jego działania pobudzającego system nerwowy. Jest to modyfikacja leczenia kodeinowego depresji. Zamiast znanego też od dawna cannabis indica, jako niepewnego w działaniu (niestałe) zalecają cannabinol (Reiter). Wright, [3]) opierając się na próbach Ulricha w melancholji leczył depresje (psych. manj. depr. i schizofr.) dużemi dawkami bromu (12,6 gr. a nawet 21,6 gr. dziennie!) przez kilka dni i otrzymał 75 proc. popraw, zaleca jednak znaczną ostrożność, z powodu dużego niebezpieczeństwa intoksykacji (ataksja). Bumke [4]) oraz Reiter [5]) odradzają stosowania leczenia bromowego w depresjach. Od dawna też

stosuje się leczenie długotrwałym sztucznym snem („Schlafkur") i w tym celu używa się przedewszystkiem somnifenu. Liczne doświadczenia różnych autorów odnośnie do somnifenu, zebrał pierwszy M. Müller [6]) w r. 1925. Na zasadzie ówczesnej literatury stwierdził następujące ujemne strony tej metody: 1) przeciętnie 5 proc. zgonów (!) 2) znaczniejsze obniżenie ciśnienia krwi i upośledzenie oddechania (i z tego powodu występujące zapalenia płuc), wymioty, zatrzymanie moczu i podniesienie temperatury nawet do 40 stopni. Wyniki wynosiły 11,2 proc. znacznych popraw i 27 proc. popraw. Najlepsze działanie tego leczenia zaobserwowano w psych. manjakaln. depresyjnych oraz zaburzeniach reaktywnych.

Na podstawie 500 przeprowadzonych kuracji snem zachwala Meerloo [7]) 8-dniowe leczenie somnifenem zwłaszcza w stanach manjakalnych i depresyjnych, opisuje jednak równocześnie uboczne działanie preparatu w postaci przejściowych napadów epileptycznych (!). Ostatnio wreszcie Segerath i Wember [8]) opisali 49 stanów depresyjnych, w których leczenie snem dało 73,3 proc. wyleczeń i popraw, a równocześnie 2 zgony. Autorzy polecają to leczenie jako najlepsze. Istnieje bardzo wiele prac odnoszących się do leczenia snem, tak że wymienianie choćby części przechodzi zakres niniejszego doniesienia. Odnośna literatura znajduje się zresztą w wymienionych powyżej pracach. Naturalnie, że poza somnifenem stosuje się także wiele innych środków nasennych w leczeniu snem (luminal) i tak Blume [9]) wprowadził do psychjatrji narkozę awertynową dla leczenia stanów podniecenia i gromadnych napadów epileptycznych, zaś Reck i Haack [10]) pernocton. Zanim przejdę do gardenalu, chcę wspomnieć o innych jeszcze próbach leczniczych odnoszących się głównie do psychozy posępniczo szałowej. Oppler [11]) stosował w melancholjach proteinoterapję w postaci novoprotiny (Schneider) i nie otrzymał popraw, co tłumaczył tem, że w przypadkach jego nie wystąpił odczyn ogólny na wspomniany środek. Videla [12]) robił różne próby z zakresu proteinoterapji (białka bakteryjne, mleko, własna krew i t. d., a ostatnio pepton Wittego 5 proc. od 5 — 20 cm co 3 — 4 dni domięśniowo, lub 1 — 5 cm dożylnie) i w ciągu 5 lat na 262 pacjentów w ten sposób leczonych wypisano z zakładu 218. Autohemoterapję stosowali na większą skalę (114 chorych) Desruelles i Chiarli [13]) i otrzymali najlepsze wyniki w melancholji.

Autorzy powyżsi uważają to leczenie za lepsze, bo prostsze i bezpieczniejsze, od innego leczenia bodźcowego. Podobnie jak i w innych psychozach robiono i w ps. man. depr. próby z malarją leczniczą, lecz stosunkowo może najmniej. Bardzo dobre wyniki podali Bianchini i Nardi [14]), natomiast Mazza [15]) nie otrzymał polepszeń w 7 przypadkach ps. man. depresyjnej.

Przechodzimy obecnie do interesującego nas zagadnienia, to jest leczniczego zastosowania kwasu fenyloetylobarbiturowego (gardenal-luminal). Francuzi pierwsi zastosowali ten preperat w leczeniu depresji i stanów lękowych. Dupouy i Montassut [16]) otrzymali dobre wyniki z gardenalem (in dosi refracta do 0,2 dziennie) w stanach lękowych, w postaci uspokojenia i ustąpienia przygnębienia. Analogicznie duńczyk Reiter [5]) zalecił leczenie luminalem stanów depresyjnych w dawce 0,02 do 0,05 3 — 5 razy dziennie. Tenże sam autor uważa stosowanie bromu, opium i cannabis za niewskazane.

W latach 1929/30 stosowałem to leczenie gardenalem (3 razy dziennie 0,02) w Dziekance, jednak bez większego wyniku. Równocześnie prawie z Reiterem opisał Smith [17]) 90 przypadków nieepileptyków leczonych wewnętrznie wzrastającemi dawkami „luminal natrium", przyczem poprawy występowały tylko odnośnie do snu i leków, natomiast brak było wpływu leczenia na motoryczne podniecenie o większem nasileniu. Uspokajające działanie luminalu w zastrzykach (20 proc. roztwór) stwierdził Stauder [18]) w 104 przypadkach stanów podniecenia kliniki monachijskiej. Autor ten jednak podkreślił, że działanie luminalu nie dorównuje działaniu opium i skopolaminy. Na tem kończę przegląd najważniejszych danych z literatury i przechodzę do przedstawienia wyników zaobserwowanych w Dziekance.

Jak już wspomniałem pierwsze próby przeprowadziliśmy sposobem Reitera, stosując 3 razy dziennie 0,02 gardenalu w stanach przygnębienia. Ponieważ wyniki dodatnie były nieznaczne, leczenie to porzuciliśmy. W ubiegłym roku wznowiłem to leczenie, ale już w dawkach większych takich, jakie się stosuje w epilepsji. Leczenie przeprowadzono w czasie od 17. 12. 1931 do 20. 6. 1932 u 24 kobiet. Były to przypadki stanów manjakalnych i depresyjnych (lękowych) o największem nasileniu ze wszystkich naszych chorych oddziałów obserwacyjnego i dla niespokojnych. W przypadkach z lękami próbo-

wano już przedtem innych sposobów leczniczych a zwłaszcza extr. opii. (extr. opii. 2 proc. 1—2 cm^3 dziennie). Według rozpoznania objawowego tworzą chore leczone 2 grupy: 1) stan podniecenia manjakalnego 8 przypadków (7 psychoz man. depr. i 1 schizofrenja) 2) stan przygnębienia 16 przypadków, z tego 14 z podnieceniem lękowem (5 psych. man. depr., 2 melanchol. inwol., 2 stany manjak. depres. poinfekcyjne, 4 psych. reakt., 1 p. p.?) a 2 przygnębienia z zahamowaniem (1 psych. reaktywna, 1 melanchol. inwol.). Wiek chorych wahał się od 18 do 56 lat (6 od 23—29; 12 od 30—39; 1 — 44; 1 — 47; 3 — 56; 1—18) wedle zaś rodzaju choroby wiek chorych był następujący: 1) psych. man. depr. (12) 24—47 lat, z tego 9 przypadków od 30—38 lat. 2) 1 schizofrenja 44 lat, 3) melancholje inwolucyjne 1 — 50 lat; 2 — 56 lat, 4) stany manjak. depr. poinfekcyjne 28 i 32 lat, 5) psych. (depresje) reaktywne 18, 23, 24, 28 i 39 lat, 6) 1 p.p. suspecta 37 lat. Czas pobytu w Zakładzie do chwili leczenia wynosił: 1) 12 psych. man. depr. ½ roku — 8 lat, z tego 9 od 2 do 8 lat, 2) 1 schizofrenja 21 lat, 3) 3 melancholje inwolucyjne 2 - 4 lat, 4) 2 psych. okresowe poinfekcyjne 12 i 14 miesięcy, 5) 5 psych. reaktywnych 1, 2, 2½ i 11 miesięcy a jedna 1 miesiąc zwolniona następnie z Zakładu po 3 mies. pobycie. 6) 1 pp.? 9 miesięcy. Sposób leczenia: 0,1 gardenalu 1—3 razy dziennie, zależnie od nasilenia objawów manjakalnych czy depresyjnych, przez czas niezbyt długi, to znaczy do wystąpienia wyraźnej poprawy. Nie stosowaliśmy tu żadnego szematu i postępowaliśmy indywidualnie, zależnie od przypadków. Komplikacji nie było (brak ubocznego działania), jedynie przy dawkach większych występowała po pewnym czasie senność w dzień. Czas leczenia wynosił: 1) *stany* manjakalne 4 do 27 dni (4 i 7, 7, 11, 12, 8 i 13, 25, 27 dni) z tego 3 przypadki leczone dwukrotnie (4 i 7, 8 i 13, oraz 3-ci przypadek 7 dni gardenal a osobno potem „gardenal natrium") ponadto 1 przypadek był leczony tylko zastrzykami „gardenal natrium". 2) *stany* depresyjne od 5 do 26 dni (5, 6, 8 i 15, 8 i 16, 9, 11 i 13, 12, 12, 12, 12 i 18, 14, 14 i 18, 19, 21, 24 i 14, 26), z tego dwukrotnie leczono 6 przypadków. Były 3 rodzaje dawkowania, a mianowicie: 1 x 0,1, 2 x 0,1 i 3 x 0,1. Tylko w 3 przypadkach (2 st. depr,. 1 stan manjak.) stosowano 0,1 dziennie. Dawkowanie 2 x 0,1 okazało się najodpowiedniejsze. Na podstawie powyższych danych uważałbym za przeciętne leczenie (stanów manjak. i depres.) 2 x 0,1

gardenalu przez 10 — 15 dni, leczenie wystarczające zwykle do otrzymania wyleczeń lub przynajmniej popraw (odnośnie do podniecenia manjakalnego czy lękowego). Występujące po gardenalu (rzadko zresztą, w naszym n. p. materjale 2 *razy*) zupełne wyleczenie należy prawdopodobnie uważać za interwały międzynapadowe psychozy manjak. depr. Brak jest dotąd odpowiedniego doświadczenia w celu stwierdzenia, że gardenal może przyspieszyć wyleczenie psych. reaktywnej czy spowodować szybsze wystąpienie interwału w psych. man. depresyjnej. Co do naszych wyników to odnośnie do 2 przypadków leczonych „gardenal — natrium“ (stany manjakalne psychozy man. depr.) otrzymano 1 raz znaczną poprawę, 2-gi raz brak jakiegokolwiek polepszenia. W tym drugim przypadku nie było też poprawy po gardenalu w tabletkach. W pozostałych 22 przypadkach otrzymano wyniki: 1) w stanach manjakalnych (5 psychoz man· depr. i 1 schizofrenja) 4 zupełne uspokojenia, 1 częściowe, 1 brak poprawy; zupełne uspokojenia występowały przy końcu leczenia (stopniowa poprawa) i trwały około 2 tygodni (i więcej) po leczeniu. Oba ostatnie przypadki (częściowa poprawa i brak wyniku) dotyczyły 2 chorych o największem nasileniu podniecenia manjakalnego w stosunku do innych. 2) w stanach depresyjnych (5 psychoz man. depr., 3 melancholje inwol., 5 psych. reakt., 2 psych. poinfekc., 1 p. p.?) 5 zupełnych uspokojeń podniecenia lękowego z częściową poprawą nastroju, 1 bez wyniku (psych. inwol.) 10 częściowe poprawy. Zupełne uspokojenie nastąpiło w 2 przypadkach z psych. man. depr., w 2 z psych. reaktywną, i w 1 z psych. okresową poinfekcyjną. Poprawy te trwały (występując w leczeniu w stopniowanem nasileniu) kilka tygodni po leczeniu a w 2 przypadkach (jak już wyżej wspomniałem) przeszły w zupełne wyleczenie. Należy jeszcze dodać, że te znaczne polepszenia wystąpiły u chorych z najsilniej zaznaczonem podnieceniem lękowem. Na podstawie podanych wyników uważam leczenie gardenalowe za godne polecenia w stanach manjakalnych i depresyjnych, a zwłaszcza tych ostatnich.

Literatura.

1 W. Jacobi, Fortschr. der Therapie 1925 Heft 1, 2) E. Bufe, Psychiatr. neur. Woch. 1931 I, str. 10, 3) W. Wright, Americ. journ. of psychiatry 5, Nr. 3, 4) O. Bumke, Lehrbuch der Geisteskrankheiten 1929 str. 363, 5) P. Reiter cyt. Zentralblatt N. P.

55 str. 167, 6) M. Müller, Zeitschr. f. d. g. Neur. u. Psychiatrie 96, Heft 4/5, 7) Meerloo Z. Neurol. 127, 1930, 8) Segerath i Wember Deutsche med. Woch. 1931 II. 1194, 9) G. Blume, Deutsche med. Woch. 1929 I. 61. 10) Reck i Haack, Allg. Z. Psychiatr. 91, 417, 11) W. Oppler, Psych. neur. Woch. Nr. 35, 1926, 12) Videla, cyt. Zentralbl. N. P. 57 str. 182, 13) M. Desruelles i A. Chiarli, Annales méd. psychol. II. 1931, 14) Bianchini i Nardi, cyt. Zentrlbl. N. P. 54 str. 386, 15) A. Mazza, cyt. Zentralbl. N. P. 61 str. 596, 16) R. Dupouy i M. Montassut Annales méd. psychol. novembre 1924, 17) L. Smith, Amer. j. of psychiatry 8, 727, 18) Stauder, Münch. med. Woch. 1930 II, 1668.

Hôpital Psychiatrique public Dziekanka. Dir. Dr. med. Dr. phil. Al. PIOTROWSKI.

Le traitement des états maniaques et depressifs par le gardénal.

Par le Dr. ST. ŚWIERCZEK.

L'auteur passe en revue les plus importantes études sur le traitement d'états maniaques et dépressifs et décrit les résultats, obtenus par lui-même, dans 24 cas (8 d'états maniaques, 16 d'états dépressifs), en les traitant par gardénal. Il appliquait 1 à 3 fois (le plus souvent 2 fois) par jour 0,1 gr. du médicament pendant 4 à 27 jours. Dans la plupart des cas (21) on a pu constater une amélioration, une cessation complète ou un affaiblissement d'anxiété et d'états maniaques.

Krajowy Zakł. Psychjatryczny Dziekanka. Dyr. Dr. med. Dr. phil. Al. PIOTROWSKI.

Doświadczenia lecznicze z propidonem.

Podała Dr. STEFANJA KAISERÓWNA.

Propidon składa się z trzech rodzaji elementów: gronkowcowych, paciorkowcowych i łaseczek ropy błękitnej. Jest to szczepionka wprowadzona przez prof. Delbeta. (1) Stosuje się ją ogólnie domięśniowo, chociaż można ją stosować i podskórnie, w miejscowych sprawach zapalnych, pochodzenia zakaźnego, przedewszystkiem w tych przypadkach, które są wywołane przez gronkowce lub paciorkowce. Z powyższego wynika, że propidon nadaje się szczególnie do stosowania w chirurgji i ginekologji.

Pierwsze obserwacje we Francji dotyczyły leczenia karbunkułu (Robineau) (2), różnych zakażeń gronkowcowych (Dupont) (3), (Descomps) (4), róży (Auvray) (5), zapaleń przydatków macicy (Kuss) (6), oraz zapaleń szpiku kostnego (Chevrier) (7). Z autorów polskich ogłosili obserwacje nad propidonem Parfanowicz (8), Mączewski (9), Pręgowski (10) i inni.

Poczynione dotąd obserwacje wykazały, że propidon daje odczyn miejscowy w postaci nieznacznego nacieku bolesnego, oraz reakcję ogólną w postaci podniesienia temperatury. Objawy powyższe szybko znikają. Delbet mówi o ogólnem działaniu propidonu na cały ustrój („clasies“ Widala), o działaniu podobnem do tego jakie wywołują wszelkie substancje białkowe (proteinoterapja). Korzystając z nadesłanych Zakładowi większych ilości próbek propidonu przez firmę Spiess w Warszawie przeprowadziłam leczenie w 20 przypadkach na oddziale dla chorób cielesnych tut. Zakładu, w czasie od 17. 10. 1931 do 4. 7. 1932. Stosowałam propidon w 7 przypadkach ropni, 4 czyraczności, 2 trądzika twarzy, 2 zastrzału, w 1 przypadku róży, karbunkułu, zapalenia gruczołów chłonnych, zapalenia ucha środkowego i ropowicy. Stosowałam propidon 3 razy po 4 ccm. w odstępach przeważnie 3 dniowych (z wyjątkiem jednej chorej, która otrzymała 3 razy injekcję po 2 ccm). W przypadkach z szybką poprawą stosowano tylko 2 injekcje (u 5 chorych). Materjał chorobowy podzieliłam na 9 grup. Pierwsza grupa obejmuje, jak wspomniałam, 7 przypadków ropni umiejscowionych podskórnie (ropień sutka, uda, podudzia, grzbietu, głowy i dwukrotnie powłok brzusznych).

Przyp. 1) U chorej Ł., lat 66 stwierdzono abscessus mammae dextrae z naciekiem i zaczerwienieniem, przy braku chełbotania. Tegoż dnia(6. 5. 32)wykonano pierwszą injekcję propidonu, poczem temperatura wynosiła 39.4°. Następnego dnia najwyższa temperatura wynosiła 38.2°. Rano 9. 5. 32. stan ciepłoty ciała był normalny; w południe zastrzyknięto powtórnie propidon, temperatura wieczorem 37.3. Dnia 10. 5. 32. wyczuwało się fluktuację. Wykonano incyzję. Wieczorem podniosła się temperatura do 38.0 st. Ponowiono injekcję; w kilka godzin potem temperatura wynosiła 38.8 st. U chorej nastąpiła szybka resorbcja ropnia, tak, że dnia 24. 5. można było pacjentkę uważać za wyleczoną.

Przyp. 2) U chorej S. lat 40 skonstatowano abscessus femoris sinistri z bolesnemi naciekami w trzech ograniczonych miejs-

cach obok siebie, bez chełbotania. Dnia 6. 5. 32. otrzymała pacjentka pierwszą injekcję propidonu. Wieczorem temperatura doszła do 39.9 st. Przez 2 dni po zastrzyku gorączka utrzymywała się. Dnia 9. 5. 32. rano termometr wskazywał 37.7 st. ciepłoty; w tym dniu nastąpiła 2-ga injekcja, wieczorem najwyższa temperatura dochodziła do 39.9 st. W pierwszy i drugi dzień po zastrzyku wahania temperatury wynosiły 38.5 st. do 37.8 st. Dnia 12. 5. 32. rano chora miała stan podgorączkowy; zrobiono nacięcie i zastosowano 3-cią injekcję. Wieczorem temperatura podwyższyła się do 40.2 st. Nacieki znikły szybko rany pokrywały się powoli ziarniną. Chora ta miała przedtem stale stany podgorączkowe (adnexitis chronica). Leczenie propidonem przebyła bez komplikacji.

Przyp. 3) U chorej K. lat 59, utworzył się ropień powłok brzusznych w okolicy podbrzusza prawego z chełbotaniem i dużą bolesnością. Po zrobieniu nacięcia i wypuszczeniu większej ilości ropy, wstrzyknięto propidon. Wieczorem gorączka wynosiła 38.6 st. W następnym dniu (5. 6. 32.) temperatura wysoka trwała nadal. Rano 7. 6. 32. temperatura normalna, chora otrzymała drugą injekcję, po południu ciepłota wzniosła się do 38.1 st W dniach 8 i 9. 6. 32. wystąpiły stany podgorączkowe. Chora nie skarżyła się na żadne dolegliwości; spostrzeżono ustąpienie nacieku i zaczerwienienia. Dnia 10. 6. 32. wstrzyknięto propidon poczem wystąpiło podwyższenie temperatury do 37.8 st. Brzegi rany pokryły się ziarniną; odtąd zaczęło się gojenie rany.

Przyp. 4) U tej samej chorej utworzył się ropień powłok brzusznych obok poprzedniego. Dnia 1. 7. 32. skarżyła się chora na bolesność, zawroty głowy i bezsenność. Objektywnie stwierdzono miejscowe zaczerwienienie i stwardnienienie. Pacjentka otrzymała propidon, w kilka godzin po injekcji nie gorączkowała. Dopiero następnego dnia miała nieznaczny stan podgorączkowy. Dnia 4. 7. 32. dano jej powtórnie propidon; w tym dniu chora nie gorączkowała. Dnia 5. 7. 32. temperatura podniosła się do 37.7 st., na drugi dzień po nacięciu ropnia i wypuszczeniu ropy dolegliwości i objawy objektywne ustąpiły. W ciągu krótkiego czasu rana pokryła się tkanką ziarninową.

Przyp. 5) Chora G. lat 20, abscessus dorsi wielkości jaja gołębiego. Nie mogła pracować z powodu znacznego bólu. Po nacięciu i odpływie ropy, zrobiono zastrzyk propidonu (12. 5. 32.); wieczorem następnego dnia stwierdzono u chorej stan podgorącz-

kowy. Powtórnie otrzymała pacjentka propidon dnia 15. 5. 32., poczem temperatura podniosła się do 37.5 st., dnia następnego do 37.6. Objawy zapalne (obrzmienie, zaczerwienienie) w większej części ustąpiły. Chora zagorączkowała ponownie w dniu 17. 5. 32. ciepłota podniosła się do 37.8 st. Poraz trzeci zastrzyknięto propidon 18. 5. 32., wieczorem. Dnia 25. 5. 32. nastąpiło wygojenie, chora udała się do pracy.

Przyp. 6) U chorej N. w średnim wieku („nieznana") abscessus cruris sinistri z objawami fluktuacji bez gorączki. Dnia 20. 5. 32. umożliwiono odpływ ropy przez nacięcie. Chora otrzymała propidon, celem przyspieszenia resorbcji; wieczorem temperatura była jeszcze normalna. Dwa dni po injekcji wystąpiły stany podgorączkowe. Po drugiej injekcji (23. 5. 32) gorączka wynosiła wieczorem 38.6 st., następnego dnia ciepłota była już normalna. Zauważono szybkie resorbowanie nacieczenia zapalnego i wyleczenie.

Przyp. 7) U chorej K. lat 37 z ropniem podskórnym w okolicy ciemieniowej wystąpił obrzęk twarzy i powiek. Dnia 6. 5. 32. chora otrzymała propidon, poczem nacięto ropień. Wieczorem chora miała stan podgorączkowy (37.4 st.). Następnego dnia temperatura była normalną, natomiast w drugi dzień po injekcji wystąpił stan podgorączkowy. Obrzęk twarzy zniknął. Powtórna injekcja propidonu (9. 5. 32) nie wywołała żadnej reakcji organizmu ani pierwszego, ani drugiego dnia po zastrzyku; obrzmienie i nacieczenie w okolicy rany częściowo ustępowało. W kilka godzin po 3-cim zastrzyku, chora zagorączkowała do 37.8 st. (12. 5. 32) nazajutrz miała już temperaturę normalną. Od 14. 5. 32. ziarnina zaczęła pokrywać brzegi rany.

Druga grupa dotyczy 4-ch pacjentek z czyracznością w trzech przypadkach tułowia, w jednym przypadku twarzy.

Przyp. 1) Chora B. lat 19, cierpiała na stałe nawroty licznych małych czyraków na tułowiu, a zwłaszcza okolicy pośladkowej. Dnia 22. 4. 32. otrzymała propidon domięśniowo, poczem temperatura podniosła się do 39.1 st. Następnego dnia ciepłota utrzymywała się mniejwięcej na tej samej wysokości (38.9 st.); nacięto dwa większe czyraki. Po zastrzyknięciu powtórnem dnia 25. 5. 32. gorączka wieczorem wzniosła się znowu do 38.3 st., w następnym dniu dochodziła do 37.7 st. Po drugiej injekcji nastąpiła znaczna poprawa dzięki resorbowaniu się większej ilości małych czyraków. W dniu 28. 4. 32. zastosowano poraz trzeci

injekcję propidonu. Podwyższenie temperatury (38.0 st.), wystąpiło w pierwszym dniu po injekcji. Od czasu tego leczenia chora nie cierpi na furunkulozę.

Przyp. 2) U chorej M. lat 28, z furunkułem policzka lewego z dolegliwościami, jak bolesność samoistna i dotykowa oraz bezsenność i z objawami objektywnemi, jak ograniczone guzkowate stwardnienie i zaczerwienienie, wykonano 20. 5. 32. cięcie furunkułu i zastosowano injekcję propidonu. Dopiero w następnym dniu wieczorem pacjentka zagorączkowała do 37.8 st. Powtórzono injekcję, po której chora miała stany podgorączkowe przez dwa dni. Po drugiej injekcji nie było żadnych objawów bólowych, nastąpiło resorbowanie stanu zapalnego. Dnia 28 5. 32. chora była wyleczoną.

Przyp. 3) Chorej W. lat 31 z dużą ilością czyraków małych na tułowiu, powodujących swędzenie i uczucie gorąca, zastrzyknięto propidon dnia 27. 5. 32, temperatura wieczorem wynosiła 38.5 st., w pierwszym i drugim dniu po injekcji 38,0 st. Poraz drugi otrzymała chora propidon dnia 30. 5. 32., poczem zagorączkowała do 39.5 st., przez dwa dni następne ciepłota wynosiła 38.1 st. — 37.8 st. Drobne furunkuły uległy całkowitemu zresorbowaniu.

Przyp. 4) Chora N. w średnim wieku, cierpiała na stałe nawroty furunkulozy na kończynach dolnych i na tułowiu, przedewszystkiem w okolicy pośladkowej. Skarżyła się na bolesność, swędzenie i palenie. Po zastrzyknięciu propidonu dnia 25. 4. 32. miała wieczorem stan podgorączkowy, w następnym dniu temperotura dochodziła do 39.1 st. Drugą injekcję otrzymała pacjentka dnia 28. 4. 32.; wieczorem nie gorączkowała, w następnym dniu miała stan podgorączkowy. Nastąpiła widoczna resorbcja twardych nacieków zapalnych. Po trzeciej injekcji dnia 30. 4. 32. pacjentka nie gorączkowała, natomiast dnia 1. 5. 32. temperatura dochodziła u niej do 37.7 st., dnia 2. 5. 32. do 38.4 st. Po zupełnej resorbcji furunkułów nie powtórzyła się u chorej czyraczność.

Do trzeciej grupy należą dwa przypadki acne faciei.

Przyp. 1) u chorej D. lat 32 wystąpiła acne vulgaris, na policzkach i czole wraz z łojotokiem. Widoczne gdzieniegdzie nieliczne małe krostki żółtawe na twarzy (acne pustulosa). W celu leczniczym chora otrzymała dnia 1. 6. 32 propidon. Wieczorem miała temperaturę 37.7 st., następnego dnia 38.1 st. Powtórnie zrobiono zastrzyk dopiero dnia 6. 6. 32., pacjentka była cieleśnie osłabiona; wystąpiły tylko stany podgorączkowe. Poraz trzeci

otrzymała chora propidon dnia 9. 6. 32.; w następnym dniu zagorączkowała do 38.0 st. Po leczeniu zauważono tylko nieznaczną poprawę.

Przyp. 2) U chorej N. lat 42, stwierdzono acne rosacea na policzkach, nosie i czole z zaczerwienieniem wraz z krostkami trądzikowemi. Zastosowano propidon domięśniowo (25. 5. 32.), wieczorem tegoż dnia i następnego rozwinęła się gorączka (38.4 st.). Chora poraz drugi otrzymała propidon (28. 5. 32.) gorączka w tymże dniu wynosiła 38.4 st., w pierwszym dniu po injekcji 38.2 st. Po 3-cim zastrzyku propidonu (1. 6. 32) temperatura wahała się wieczorem tegoż dnia i następnego 38.9 st. — 38.7 st. U chorej spostrzeżono po leczeniu nieznaczne zblednięcie okolicy środkowej twarzy i zmniejszenie ilości krost. Przejściowa poprawa w krótkim czasie ustąpiła. Pacjentka leczona przedtem naświetlaniem lampą kwarcową wykazywała również tylko przejściową poprawę.

Czwarta grupa obejmuje dwa przypadki panaritium subcutaneum.

Przyp. 1) U chorej M. lat 42, stwierdzono znaczny obrzęk i zaczerwienienie palca środkowego prawej ręki, bolesność dotykową i samoistną. M. skarżyła się na bezsenność. Dnia 13. 5. 32. zrobiono zastrzyk domięśniowy propidonu, dopiero w następnym dniu był stan gorączkowy (38.0 st.). Po pierwszej injekcji ustąpiła bolesność samoistna. Dnia 16. 5. 32. otrzymała chora powtórnie propidon, temperatura pod wieczór dochodziła do 38.2 st., a na drugi dzień do 38.0 st, Dało się zauważyć daleko posunięte resorbowanie się procesu zapalnego.

Przyp. 2) Chora L. lat 27. skarżyła się na bezsenność z powodu bólu palca. Również u niej zastosowano leczenie propidonem (25. 5. 32); pierwszego dnia po injekcji temperatura podniosła się do 37.8 st. Poraz drugi zastrzyknięto propidon (28. 5. 32); wieczorem miała chora stan podgorączkowy. Dnia 29 5. 32. temperatura podniosła się do 37.8 st. Po drugiej injekcji objawy zapalne ustąpiły częściowo. Wykonano 3-cią injekcję (31. 5. 32.) poczem chora zagorączkowała dopiero następnego dnia (38.8 st.); w dniu 2. 6. 32. chora była zupełnie wyleczona.

Piąta grupa obejmuje jeden przypadek róży.

U chorej N. lat 61, skonstatowano erysipelas cruris sinistri. Chora nagle zagorączkowała do 40.0 st. dnia 16. 10. 31. W okolicy podudzia lewego powstał obrzęk, zaczerwienienie, znaczne

napięcie skóry z bolesnością samoistną, dotykową i powiększeniem gruczołów chłonnych w pachwinie lewej. Dnia 17. 10. 31. po pierwszej injekcji propidonu temperatura wynosiła wieczorem 40.0 st. Dnia 18. 10. 31. gorączka trwała nadal (39.5 st.). Dnia 19. 10. 31. zrobiono drugą injekcję, po południu chora gorączkowała do 39.3 st. dnia 20. 10. 31. do 38.9 st. Przy badaniu widać było zmniejszony obrzęk i zaczerwienienie skóry. Dnia 21. 10. 31. zastrzyknięto chorej poraz trzeci propidon, poczem temperatura wieczorem wynosiła 38.8 st.; dnia 22. 10. 31. — 38.7 st. Po ostatniej injekcji chora nie skarżyła się na dolegliwości ze strony kończyny. Zupełne wyleczenie nastąpiło dnia 4. 11. 31. bez żadnej komplikacji.

Do grupy szóstej należy przypadek karbunkułu.

U chorej M. lat 30, rozwinął się w okolicy prawej łopatki karbunkuł wielkości jaja kurzego. Przy badaniu wyczuwało się chełbotanie. Dnia 6. 6. 32. wykonano nacięcie celem usunięcia ropy i podano domięśniowo propidon. Wieczorem chora gorączkowała do 39.0 st., na drugi dzień do 38.5 st. Powtórzono injekcję (9. 6. 32); chora zagorączkowała następnego dnia (37.7 st.). Począwszy od drugiego zastrzyku uczucie napięcia skóry i nacieczenia w otoczeniu rany powoli ustępowało. Po trzecim zastrzyku (11. 6. 32.) temperatura podniosła się do 39.0 st., odtąd chora nie miała żadnych dolegliwości i wyzdrowiała w krótkim czasie.

Grupa siódma: Lymphadenitis.

U chorej G. lat 20, wyczuwało się w okolicy pachowej lewej przy obmacywaniu pakiet gruczołów twardych, powiększonych, tkliwych na ucisk. Skóra nad gruczołami była zaczerwieniona. Sprawie tej towarzyszyły bóle głowy i bezsenność. Dnia 7. 6. 32. zastosowano injekcję propidonu, chora zagorączkowała nieznacznie w następnym dniu (37.4 st.). W dniu 10. 6. 32. otrzymała drugi zastrzyk, wieczorem miała stan podgorączkowy (37.3 st.); poraz trzeci zastrzyknięto propidon, dnia 13. 6. 32 chora zagorączkowała tego samego dnia do 38.1 st. Zmiany zapalne cofnęły się tak, że nacięcie było zbyteczne.

Grupa ósma: Otitis media acuta.

Chora Z. lat 30. W dniu 27. 4. 32. odczuwała dotkliwy ból w uchu lewem. Miała stany podgorączkowe. Przy uciskaniu wyrostka sutkowego stwierdzamy bolesność znacznego stopnia. Skarżyła się na szum w uszach i przytępienie słuchu. Dnia 28. 4. 32. ropa sączyła się w dużej ilości z ucha wskutek samoistnego

pęknięcia błony bębenkowej. Po zastrzyku propidonu (2 ccm.) wieczorem miała chora stan podgorączkowy. Dnia 29. 4. 32. temperatura podwyższyła się do 37.8 st. C. Po drugiej injekcji (2 ccm) 1. 5. 32. najwyższa temperatura wynosiła 37.5 st., ból samoistny ustąpił. Po trzecim zastrzyku (2 ccm) propidonu w dniu 4. 5. 32. chora nazajutrz zagorączkowała do 39.7 st., poczem nastąpiła zupełna poprawa.

Grupa dziewiąta: Pyaemia.

U chorej G. lat 56, znajdującej się w podupadłym stanie odżywienia skonstatowano ropowicę z licznemi ropniami umiejscowionemi na kończynach i tułowiu. Chora miała stale wysoką gorączkę o typie przepuszczającym. Dotychczasowe leczenie nie było skuteczne. Wobec tego zastosowano w dniu 30. 4. 32. injekcję propidonu; następnego dnia temperatura wynosiła 37.9 st. Z powodu słabej reakcji organizmu na lek zastrzyknięto powtórnie propidon w dniu 1. 5. 32.; wieczorem chora nie gorączkowała, miała tylko stan podgorączkowy. Natomiast po trzecim zastrzyku (3. 5. 32.) temperatura podniosła się do 38.5 st. Następnego dnia obniżyła się do 38.3 st. Poprawa nie nastąpiła.

Reakcja gorączkowa po propidonie nie przedstawiała się u naszych chorych jednolicie. Bezpośrednia reakcja po pierwszym zastrzyku propidonu (tego samego dnia) wynosiła od 37.0 st. do 40.0 st. (7 przypadków od 37.0 st. — 37.9 st., w 3-ch od 38.4 st. — 38.6 st., w 5-ciu od 39.0 st. do 40.0 st. a w 5-ciu przypadkach brak było reakcji; temperatura pozostała normalną). Następnego dnia (po injekcji) ciepłota wahała się od 37.2 st. do 39. 5 st. (6 przypadków poniżej 38 0 st., a 11 od 38.0 st. do 39.5 st.), w 2-ch przypadkach była normalna. W jednym tylko przypadku u chorej G. (pyaemia) wykonano drugą injekcję zaraz następnego dnia. Odczyn gorączkowy bezpośrednio po drugim zastrzyku wynosił od 37.2 — 39.9 st. (7 razy poniżej 38.0 st., pięć poniżej 39.0 st., reszta 39.0 st. — 39.5 st.), w 5-ciu przypadkach temperatura pozostała normalna. Następnego dnia po 2-gim zastrzyku ciepłota u trzech leczonych pozostała normalna, w 11 przypadkach wynosiła poniżej 38.0 st., u sześciu chorych poniżej 39.0 st. Po trzecim zastrzyku (ogółem 15 przypadków), temperatura wynosiła wieczorem tegoż dnia 37.1 st. — 40.2 st (cztery razy poniżej 38.0 st., pięć razy poniżej 39.0 st., jeden raz 39.0 st. jeden raz 40.2 st.), a w czterech przypadkach pozostała normalną. Nazajutrz po injekcji termometr wskazywał wahania ciepłoty

od 37.3 st. do 39.7 st. (pięć razy poniżej 38.0 st. w sześciu przypadkach od 38.0 st. — 39.7 st.). W czterech przypadkach zanotowano temperaturę normalną. W dwóch przypadkach przeprowadziłam leczenie propidonem dwukrotnie, u jednej z tych dwóch chorych reakcja gorączkowa była w drugiej kuracji mniej intensywna niż w pierwszej. W nielicznych przypadkach podwyższona temperatura utrzymywała się jeszcze w trzecim dniu leczenia (na drugi dzień po zastrzyku).

U czterech chorych reakcja gorączkowa nie osiągnęła 38.0 C.

Powyższe wyniki leczenia propidonem uważam za pomyślne z następujących względów: 1) propidon działa szybko; skutki tego działania dają się zauważyć przeważnie po drugim zastrzyku, a niekiedy już po pierwszej injekcji w postaci znacznej poprawy wyrażającej się ustąpieniem dolegliwości i cofaniem się ostrej sprawy zapalnej. 2) całkowite wyleczenie nastąpiło w siedemnastu przypadkach na dwadzieścia. Jedynie w dwóch przypadkach trądzika twarzy była tylko przejściowa poprawa, a w jednym przypadku ropowicy (chora przybyła do Zakładu w ciężkim stanie cielesnego wyniszczenia) nie było polepszenia.

Na podstawie przedstawionych wyników moich doświadczeń przychodzę do wniosku, że stosowanie propidonu jest wskazane we wszelkich miejscowych ropnych schorzeniach skóry i narządów podskórnych.

Panu Dyrektorowi Piotrowskiemu dziękuje na tem miejscu za cenne rady i wskazówki przy opracowaniu tematu.

Literatura.

1) P. Delbet Beauvy et Girode, Bul. Acad. de Méd. 1914 t. 72. 2) Robineau, Soc. de Chirurgie t. 44; 3) Dupont Progrès Méd. 1920, Nr. 46; 4) Descomps Soc. de Chir. 1920 7, VII. 5) Auvray Soc. de Chir. 3, III, 1921; 6) M. Kuss, La vaccinothérapie des annexites 1920 Paris. 7) Chevrier, Soc. de Chir, 25. II. 1920; 8) Parfanowicz Pol. Gaz. Lek. (dodatek Praktyka Lekarska) 1927; 9) Mączewski, Nowiny Lek. 1925, Nr. 20; 10) Pręgowski, Progr. Méd. 1927, Nr. 8.

Hôpital Psychiatrique public Dziekanka (Posnanie)
Dir. Dr. med. Dr. phil. AL. PIOTROWSKI.

Contribution à l'étude du traitement par le propidon des procès inflammatoires.

Par Dr. STEFANJA KAISERÓWNA.

L'auteur décrit les effets thérapeutiques obtenus par le propidon (boillonstock — vaccin mixte du prof. Delbet) dans 20 cas d'abcès, de furonculose, d'acné, de panaris, d'anthrax, de lymphadénite, d'otite aigue et de phlegmon. Chez 17 malades une guérisson complète fut rétablie, dans deux cas d'acné une guérisson temporelle; dans un cas de phlegmon la guérisson a échoué. Le traitement par le propidon est propice grâce à l'interruption prompte des douleurs et du procès imflammatoire.

Krajowy Zakład Psych. Dziekanka — Dyr. Dr. med. Dr. phil. Al PIOTROWSKI.

O leczeniu epilepsji.

Porównawcze wyniki stosowania różnych metod leczenia w Dziekance.

Podali Dr. ST. ŚWIERCZEK i Dr. ST KAISERÓWNA.

Leczenie epilepsji, której etjologia i patogeneza nie są dotąd bliżej poznane nastręcza z natury rzeczy wiele trudności, następstwem czego jest niezliczona wprost ilość metod terapeutycznych. Jak zwykle w takich razach spotykamy, odnośnie do większości tych metod, szereg sprzecznych dążeń i zapatrywań u różnych autorów.

Sprzeczności te tłómaczą się dostatecznie po uwzględnieniu odmienności założeń etjologicznych, jak i rozważań patogenetycznych licznych przedstawicieli rozległego dziś piśmiennictwa dotyczącego epilepsji. Przy bliższem poznawaniu tegoż, uderza przedewszystkiem ogólnikowość zapatrywań, przyczyną czego jest mała ilość badań doświadczalnych, dotyczących przyczyn zarówno epilepsji, jak i jej poszczególnych objawów. Znamy wiele faktów, brak nam systematycznego ich powiązania. Epilepsja przestaje być nerwicą, jak u dawnych autorów, jest już obecnie prawie powszechnie uznana za jednostkę organiczną, istota jednak tych podstawowych zmian organicznych zaczyna być (równie jak w schizofrenji) dopiero badana. Wedle

Gruhlego padaczka samoistna jest tylko djagnozą per exclusionem, ilość przypadków genuinnej epilepsji ulega stale zmniejszeniu, powiększa się przy dokładniejszem poszukiwaniu, zakres objawowej padaczki. Wspomniany autor unika określenia „organiczny“ w zakresie epilepsji, a to z powodu licznych nieporozumień (jedni zmiany organiczne uważają za następstwo drudzy za przyczynę), a natomiast proponuje dalsze zachowanie podziału na przypadki esencjonalne i symptomatyczne. Przedstawia również własny podział epilepsji w postaci następującego schematu:

I. Epilepsja symptomatyczna.

1) Ogólne schorzenia mózgu ostre i chroniczne: a) infekcje i intoksykacje, b) autointoksykacje, c) zaburzenia odżywiania mózgu, d) urazy bez zmian ogniskowych.
2) Zmiany ogniskowe (wszelkiego rodzaju).
3) Wszelkie zapalne zmiany opon (ostre i chroniczne, ogólne i ograniczone).

II. Epilepsja samoistna (bez dającej się wykazać przyczyny). Możliwość swoistego procesu organicznego jest niewykluczona.

Następnie wprowadzono też nowe pojęcia jak: 1) pogotowie kurczowe (Foerster) 2) reakcja epileptyczna (Redlich) 3) tolerancja drgawkowa (Frisch).

Bleuler podaje w swym znanym podręczniku ogólne tylko określenie oparte na najlepiej poznanych faktach. Jest to ujęcie zrozumiałe w podręczniku, który podaje do wiadomości to co jest (o ile możności) bezsprzeczne. Bleuler podkreśla znaczenie dziedzicznego obciążenia (różne choroby psychiczne) oraz alkoholu. Podobnie jak Francuzi (A. Marie) przyznaje także większe znaczenie wrodzonemu syfilisowi. Podobne ujęcie spotykamy w podręczniku Bumkego.

Binswanger odrzuca pojęcie epilepsji symptomatycznej i wprowadza następujący podział: 1) napady epileptoidalne (przejściowe w przebiegu zatruć oraz innych ogólnych schorzeń mózgu) 2) właściwa epilepsja, choroba chroniczna mózgu o różnych przyczynach (konstytucja, wszelkie zmiany organiczne). Podział ten jednak sprowadza nowe trudności (co słusznie podniósł Gruhle) n. p. uraz, alkohol a nawet chroniczne zmiany organiczne mogą spowodować albo stan epileptoidalny albo epilepsję. Pojęcie samoistnej padaczki pragnął usunąć Redlich. Gdybyśmy jednak wywody tego autora uznali za

wystarczające (brak dostatecznego określenia etjologicznego, klinicznego i anatomo patologicznego genuinnej epilepsji) musielibyśmy przeprowadzić radykalne zmiany w całej djagnostyce psychjatrycznej, ewentualnie wyeliminować schizofrenję itp., coby nie przyniosło wcale pożądanego uproszczenia. Według Wł. Sterlinga nie będziemy mogli nigdy usunąć pojęcia epilepsji samoistnej. Są autorzy (Hartmann), którzy poszli jeszcze dalej niż Redlich i nie uznają wogóle jednostki chorobowej pod nazwą epilepsji. Dokładniejsze poznanie ogólnej przemiany materji oraz gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu musiało wpłynąć także na zapatrywanie na powstawanie epilepsji. Co do gruczołów, to jedni obwiniają nadnercza (Krasser, H. Fischer) inni tarczycę i gruczoły przytarczyczne (Bolten), wreszcie inni przysadkę (Mac Kennan).

Istnieją także zapatrywania, że zaburzenia gruczołowe wyzwalają jedynie napady, o ile istnieje wrodzone podłoże epileptyczne. Marchand zaprzeczył w swym krytycznym referacie zbiorowym z r. 1922, jakoby zaburzenia endokrynne mogły warunkować powstawanie epilepsji. Buscaino uważa dystyreozę za przyczynę genuinnej epilepsji, powstające w niej patologiczne produkty rozpadu białka mają wywoływać napady epileptyczne, które Buscaino uważa za anafilaktyczne. Mało uzasadnione wydają się być teorje o autointoksykacji z przewodu pokarmowego jako przyczynie padaczki. Orzechowski przypisuje duże znaczenie zaburzeniom krążenia podpajęczynówkowego płynu m. rdz. wywołanym przez zaburzenia krążenia krwi. Teorja naczynioruchowa (skurcz naczyń mózgu) ma też najwięcej zwolenników. Próby rozwiązania problemu dziedziczności epilepsji, nie dały dotąd, mimo licznych zestawień statystycznych wyników rozstrzygających. Badania anatomo-patologiczne są dopiero zapoczątkowane. Odgraniczenie od epilepsji stanów pokrewnych (narkolepsja, pyknolepsja, epilepsja afektywna Bratza itd.) napotyka na liczne trudności i powołuje nowe zagadnienia do rozwiązania.

Powyżej naszkicowane trudności w poznaniu etjologji i patogenezy epilepsji powodują z natury rzeczy pewien zamęt w dotychczasowem lecznictwie tejże jednostki chorobowej.

Porównując obecny stan naszej wiedzy o epilepsji ze stanem referowanym przez Piotrowskiego w r. 1913 musimy stwierdzić brak większych postępów.

Przegląd nasz najważniejszych kierunków lecznictwa padaczkowego w ostatnich kilkunastu latach, zaczynamy od bromu,

jako środka najdłużej stosowanego ze wszystkich obecnie używanych. Ulrich opracował pierwszy leczenie bromowe łącznie z ograniczeniem soli kuchennej w pokarmach i poleca w tym celu około 4 gr. bromu, (zależnie od wrażliwości indywidualnej) i najwyżej 10 gr. soli kuchennej dziennie. Doświadczenia Joedickego (10 epileptyków nieleczonych bromem otrzymywało przez 4 tygodnie tylko 1,5 g. soli dziennie, następnie przez 10 dni do 38 g. soli, pomimo to nie nastąpiło wcale zwiększenie ilości napadów), zdają się przemawiać przeciw leczniczemu znaczeniu djety bezsolnej. Inne eksperymenty (Markwalder) wykazały, że chlor nie jest jadem dla epileptyków, jedynie zbytnie wahania w przywozie tegoż są dla epileptyków szkodliwe, zaś działanie lecznicze posiada tylko brom (a nie brak chloru). Bleuler uważa brom za jedyny środek chemiczny o ogólnem znaczeniu w lecznictwie padaczkowem, następnie poleca wprowadzony przez Ulricha sedobrol, zaś luminal uważa tylko za środek zastępczy. Istnieją liczne metody kombinowanego leczenia bromowego a mianowicie, sedobrol z wodanem chloralu (Ulrich), z calcium bromatum (ewentualnie także z mocznikiem), brom razem z extr. cannabis ind., z opium (Flechsig) z preparatami walerjanowemi, borowymi itp. Trossarelli zaleca injekcje 10 proc. soli bromowo-strontowej codziennie lub co drugi dzień i uważa to leczenie za podobne do autohemoterapji pozatem twierdzi, że stront działa obwodowo w przeciwieństwie do bromu. Niektórzy kombinują brom z lekami nasercowemi n. p. adonis vernalis (Bechterew).

Następnym z koleji ważnym lekiem jest kwas etylofenylobarbiturowy czyli luminal czyli gardenal. Odnośnie do tego ostatniego istnieje bardzo obszerna literatura we Francji. Do najwcześniejszych pisarzy należą Maillard oraz Rogues de Fursac, Laignel-Lavastine, Claude, Marchand i inni. Przeważająca większość publikacyj francuskich zachwala bardzo gardenal w leczeniu epilepsji. Równie wielkie zainteresowanie budzi w Niemczech luminal.

Na podstawie swych badań porównawczych uważa B. Ashmore luminal za środek lepszy od bromu. W ostatniej swej pracy oświadczył się Redlich za kombinowanem leczeniem bromowo-luminalowem jako najlepszem w epilepsji (przedtem Joedicke). Cazzamali przeprowadził następujące interesujące badanie porównawcze. U 12 epileptyków stosował przez pierwsze 3 miesiące tylko brom, w następnym kwartale „borotartrol“, w 3-cim „borotartrol“ z luminalem, w 4-tym tylko luminal. Na podstawie

tych badań twierdzi, że brom nie ma prawie żadnego wpływu na ilość napadów (prawie tak samo bor) i uważa za najlepsze leczenie stosowanie tylko luminalu w dawce 0,1 dwa razy dziennie.

Bigwood oraz Pagniez twierdzą, że luminal zakwasza ustrój epileptyka, czemu przeczą jednak eksperymenty Wutha.

Propagowano ponadto kombinowanie luminalu z innymi lekami jak z belladonną (Picard, ostatnio Vincelet), z atropiną (Kutzinski) z fenacetyną, kofeiną itp. Dużą pracę poświęcili luminalowi i gardenalowi van der Loeff i Barnhoorn, (w języku holenderskim).

Luminal-natrium jest uważany za lepszy od luminalu zwłaszcza w status epilepticus. Inni chwalą więcej somnifen, a ostatnio awertynę (Blume). Istnieje metoda (Ayala) wstrzykiwania luminalu do cisterna magna przy status epilepticus.

W krajach anglosaskich oraz Francji (P. Marie) wprowadzono nowy preparat leczniczy bor. Jest on obecnie modny tak, że istnieją już o nim liczne doniesienia. Na podstawie tychże można już dziś osądzić środek ten jako dobry lek zastępczy, pewnem jest jednak, że wartość jego pozostaje w tyle za bromem i preparatami barbiturowemi. Istnieje doniesienie o próbach z glinem jako pokrewnym borowi, przyczem autor (Mirc) uważa aluminjum za lepszy od bromu.

Pozatem były robione próby z chlorkiem wapnia (Parhon i Cahane), następnie z nadmanganianem potasu (Ilijinskij), cukrem (Władyczko, Walsen, Cuneo), fosforem oraz liczne inne często bardzo osobliwe. Schramm stosował płyn Pregla także i w epilepsji i miał częściowo dobre wyniki (przypadki o etjologji zakaźnej). Muskens zaleca w swej monografji stosowanie długotrwałe jodu i rtęci także w przypadkach epilepsji bez luesu. Na podstawie rozważań H. Fischera próbowano, jednak bezskutecznie (Schönfeld, Küttner), usuwanie nadnerczy u epileptyków. Próby Brodskiego z przeszczepianiem przytarczycy dały wynik wątpliwy. Podobnie próby Pascala i Davesne'a z zastrzykami surowicy koni. Pozatem stosowano autohemoterapję (u nas Mańkowski) różne rodzaje opoterapji itp. O proteino i pyretoterapji spotykamy liczniejsze nieco wzmianki w ostatnich latach, naogół niezbyt pomyślne (Weidner). Ostatnio Pagniez odradza stosowania tychże z powodu przejściowych tylko wyników. Dokładniejsze wzmianki o powyższem można znaleść w pracy pierwszego z autorów o leczeniu epilepsji malarją.

Na V zjeździe neurologów skandynawskich (1930) przedstawił Schou w referacie przeglądowym następujące wnioski: 1) brom należy stosować tylko w małych dawkach i tylko z luminalem 2) boraks jest dobry zwłaszcza u dzieci 3) leczenie głodowe działa dobrze 4) leczenie djetetyczne daje wyniki niepewne 5) opoterapja, autohemoterapja i leczenie gorączkowe są bez wartości 6) najlepszy jest luminal, który należy stosować w dawce dziennej, do 0,4 i który wpływa głównie na napady a mniej na ekwiwalenty.

Na skutek licznych bardzo badań przemiany materji w epilepsji, rozpowszechniły się na zachodzie, a zwłaszcza w Ameryce, różne próby leczniczego korygowania chorobowych odchyleń przemiany materji w padaczce. Najważniejsze z nich są leczenie głodowe, bezwodne i djeta zakwaszająca (ketogenna). Żadne leczenie epilepsji nie wywołało tak wielkiego zainteresowania co różne rodzaje leczenia djetetycznego, stąd więc ilość prac jest tak znaczna, że można jedynie wspomnieć o najważniejszych.

Obserwacje nad leczeniem głodowem oraz djetetycznem opisał może pierwszy (na obszerniejszym materjale) Weeks i stwierdził po dokładnem zbadaniu (w 73 przypadkach epilepsji samoistnej), że te sposoby leczenia nie wywierają żadnego wpływu. Podobnie Clark uważa, że leczenie djetetyczne jest zbyteczne ponieważ nie daje trwalszych wyników. Natomiast Muskens poleca gorąco, stosowanie djet leczniczych w epilepsji. Pagniez przecenia znaczenie djety zakwaszającej i twierdzi, że luminal również działa zakwaszająco. Helmholz i Keith opisali swe 8 letnie doświadczenia. Ich wynikiw 141 przypadkach (dłużej leczonych) są następujące: 43 wyleczeń, 32 poprawy (ustąpienie napadów w 37 proc. przypadków). Wspomniany już powyżej Schou twierdzi, że leczenie to daje tylko niepewne wyniki. Ostatnio analizuje dokładnie sprawę leczenia głodowego, Clemmesen i wyosobnia cztery teorje tłumaczące działanie tego leczenia. Pierwsza głosi że na skutek głodu ustaje praca przewodu pokarmowego, a więc zmniejsza się produkcja ciał trujących, druga mówi o narkotycznem działaniu ciał acetonowych, trzecia tłomaczy wszystko kwasicą a czwarta obniżeniem ciśnienia-krwi, co ma przeciwdziałać skurczom naczyniowym.

W związku z przytoczonem powyżej zagadnieniem, pozostaje leczenie przez brak wody. Amerykański badacz Fay stosuje to leczenie od 1927 i twierdzi, że ustępują wtedy wielkie napady,

natomiast na małe napady leczenie to nie ma wpływu. Fay zastosował powyższe leczenie naskutek swych badań encefalograficznych, stwierdził bowiem w padaczce częste nagromadzenie płynów pod pajęczynówką w okolicy czołowo ciemieniowej (patrz powyżej zapatrywania Orzechowskiego). Ostatnio doniósł Hartenberg, że już od r. 1912 stosuje tę metodę w leczeniu epilepsji, jednak otrzymywał dotąd tylko małe wyniki. Pozostaje nam jeszcze wspomnieć o kilku sposobach leczniczych stosowanych w padaczce. Tracy zastosował, opierając się na teorji wazomotorycznej, oenanthe crocata, który to środek obniża napięcie nerwu sympatycznego. Tracy twierdzi, że lek ten usuwa napady, ale tylko dopóty, dopóki się go podaje. Ponieważ jednak wspomniany autor stosuje równocześnie jeszcze mlekan i bromek wapnia, zapatrywania jego nie mogą wydać się słuszne. Dawniej stosowano w Ameryce krotalinę (jad grzechotnika)- Murphey opisał przed 2 laty „tlenowe leczenie epilepsji“ w postaci inhalacji lub zastrzyków dożylnych (30 cm^3) tlenu tuż przed napadem. Leczenie miało wpływać korzystnie na napady. Meumann zastosował, w 10 przypadkach padaczki samoistnej i 6 urazowej, odmę powietrzną czaszkową z dobrym skutkiem (50 proc. dodatni wynik). Powyższe leczenie uważa za bardzo dobre Orzechowski. Ponadto stosuje się promienie Roentgena. Ostatnio przeprowadzono także próby z djatermją (Marta Brunner-Ornstein i Ehrenwald) z wynikiem, pomyślnym. Rosjanie przeprowadzali (podobnie jaki w schizofrenji oraz porażeniu postęp.) próby z emulsją mózgową (Choroszko), jednak na nielicznym materjale chorych.

Pozostaje jeszcze jedno, zdawna stosowane i ważne leczenie epilepsji mianowicie operacyjne. I tu również uwydatnia się znaczna rozbieżność poglądów. Można jednak już dzisiaj wypowiedzieć się w kierunku ograniczenia stosowania tej metody, która tylko w epilepsji pourazowej może liczyć na lepsze wyniki. Taki znawca zagadnienia jak Olivecrona wystąpił przeciw leczeniu chirurgicznemu epilepsji genuinnej referując to leczenie na 5 kongresie neurologów skandynawskich.

Obecnie przechodzimy do przedstawienia różnych prób leczniczych w Dziekance.

Niniejsze zestawienie porównawcze dotyczy 42 przypadków epilepsji u kobiet. Materjał ten nie obejmuje naturalnie wszyskich chorych Dziekanki a tylko pewną wybraną (w celach

porównawczych) grupę kobiet za czas leczenia od 1928 (IV kwartał) do końca 1931 r. Wszystkie z tych 42 przypadków stanowią grupę epilepsji samoistnej datującej się od dzieciństwa lub też od drugiego dziesięciolecia (z nielicznemi wyjątkami gdzie napady wystąpiły dopiero po 20 r. życia). W przypadkach tych stosowano także malarję leczniczą (13 chorych) co zostało już opisane w osobnej pracy (literatura poniżej).

U wszystkich z tych 42 chorych stosowano zarówno brom jak i gardenal, jednak pierwszy z tych leków dominował w leczeniu. Pozatem przeprowadzono próby z zastrzykami własnej krwi (14 chorych), z nadmanganianem potasu (29 chorych), z fosforem (9) luminalem (7), opoterapją (5) „gardenal-natrium“ (4) następnie w 9 przypadkach zastosowano leczenie kombinowane gardenalu z kofeiną (5) lub fenacetyną (4). Wreszcie leczono także wapniem (4 przypadki), nirvanolem (2) epileptikonem (1) i borem (1 przypadek). Jak z powyższego wynika dominowały w terapji tych 42 chorych preparaty powszechnie stosowane (brom, gardenal wzgl. luminal) oraz przejściowo tylko nadmanganian potasu, preparat bardzo mało dotąd używany.

Brom a także do pewnego stopnia kwas fenyloetylobarbiturowy są dotychczas jedynemi powszechnie uznanemi środkami terapeutycznemi w epilepsji, nie można ich też bez uszczerbku zdrowia chorych przerywać na czas dłuższy, lub zastąpić na stałe przez inne metody lecznicze. Doświadczenie to zostało na ogół także potwierdzone w Dziekance. Nie tylko powyższy fakt, ale przedewszystkiem sam przebieg prób leczniczych powodował następowo konieczność przerywania tychże i powrotu do bromu ew. gardenalu. Gardenal przyjął się u nas (w miejsce luminalu) głównie ze względów finansowych i okazał się zresztą (patrz poniżej) równy luminalowi. Odnośnie do tych 42 chorych należy jeszcze nadmienić, że około 80 proc. tychże stanowiły pacjentki przebywające oddawna w zakładzie (conajmniej 2 lata) i liczące od 30 — 50 lat (kilka nawet powyżej 50), przedstawiające zwykle posunięte stadjum choroby z licznymi napadami, a nawet otępieniem. Leczenie tych 42 przypadków [odnośnie do ilości stosowanych niejednocześnie metod] przedstawiało się następująco:
1) brom oraz gardenal, (bez innych metod) tylko 4 przypadki.

2) brom- gardenal + 1 metoda (razem 3) — 19 chorych
3) „ „ + 2 metody („ 4) — 5 „
4) „ „ + 3 „ („ 5) — 5 „

5) brom, gardenal + 4 metody (razem 6) — 3 chore
6) „ „ + 5 „ („ 7) — 6 chorych

W powyższej tabelce *nie* została uwzględniona malarja lecznicza.

Przechodzimy do opisania po koleji każdego leczenia z osobna, przyczem brom oraz gardenal, jako leczenie przeważające, zostaną uwzględnione na samym końcu.

I grupa (autohaemotherapia).

Zastrzyki domięśniowe własnej krwi stosowano w 14 przypadkach. Sposób postępowania był prosty, mianowicie 1-sza injekcja wynosiła 5 — 6 cm^3 a następne już stale po 10 cm^3. W 3 przypadkach stosowano to leczenie zbyt krótko, mianowicie 1 raz 3, a 2 razy po 5 injekcji. Zastrzyków nie można było w tych przypadkach kontynuować z powodu oporu chorych. Na skutek powyższego opiszemy pokrótce tylko 11 chorych. Zastrzyki stosowano 1 raz w tygodniu, ilość ich wahała się od 14 do 32 (7 razy 21 — 26) przeciętnie 23. Leczenie to przeprowadzono w czasie od 29. 11. 1928 do 4. 9. 1929 r. i w tym czasie u chorych tych nie stosowano żadnych innych leków przeciwpadaczkowych. Wpływ powyższego leczenia na napady i stan psychiczny tych 11 chorych był następujący.

Przypadek 1. chora D. leczona 29. 11. 28 — 13. 6. 1929 (24 inj.). Ilość napadów przed leczeniem (1. 1. — 28. 11. 28) 91, miesięcznie przeciętnie 8 napadów. W czasie leczenia 40 napadów co czyni miesięcznie przeciętnie około 6 napadów. Od 14. 6. 29 do 26. 6. 30 (a więc cały rok) nie otrzymała żadnego leczenia. Ilość napadów za ten czas wynosiła przeciętnie 8 za 1 miesiąc, a więc tyle ile przed stosowaniem autohemoterapji.

Przypadek 2. chora F. leczona 29. 11. 28 — 20. 2. 29 (14 inj.). Ilość napadów przed leczeniem (11 miesięcy r. 1928) przeciętnie miesięcznie 11, w czasie leczenia 11. Po leczeniu w 1929 i 1930 stosowano brom, gardenal, pomimo to zasadniczej zmiany niebyło.

Przypadek 3. chora C. leczona 25. 1. — 17. 7. 1929 (26 inj.). Ilość napadów przed leczeniem za 13 miesięcy (r. 1928 i styczeń 1929) 124 przeciętnie 9½ za miesiąc, a w czasie leczenia 9 napadów miesięcznie. Po leczeniu nie otrzymywała żadnych leków przez 12 miesięcy, liczba napadów się zmniejszyła i wynosiła 5½ za miesiąc.

Przypadek 4. chora P. otrzymała 23 inj. w czasie od 25. 1. — 11. 7. 1929. Przed leczeniem miała w 13 miesiącach 215 ataków co czyni przeciętnie 16½, w czasie leczenia (6 miesięcy) tylko 11 miesięcznie, a po leczeniu przez cały rok nie otrzymywała leków i ilość napadów wynosiła 10 i pół w miesiącu (przeciętnie).

Przypadek 5. chora P. M. otrzymała 26 zastrzyków w czasie od 26. 1. — 26. 8. 29. Miesięczna ilość napadów przed leczeniem 7, w czasie leczenia 8, po leczeniu nie otrzymywała przez 10 miesięcy żadnych leków, ilość napadów w tym czasie wynosiła 16 za 1 miesiąc (przeciętnie).

Przypadek 6. chora B. leczona od 29. 1. — 4. 9. 29. (31 inj.), w 13 miesiącach przed leczeniem (1928 r. i styczeń 1929) ilość napadów 13 (przeciętnie) miesięcznie, w czasie leczenia (7 mięsięcy) 12, po leczeniu (przez 10 miesięcy zupełnie nie leczona) także 12.

Przypadek 7. chora G. otrzymała 22 inj. (30. 1. — 28. 7. 29). lość napadów (13 mies. przed leczeniem) przeciętnie 13 i pół, w czasie leczenia 15, po leczeniu (przez rok bez wszelkiego leczenia) około 12 na miesiąc.

Przypadek 8. chora K. 21 inj. (30. 1. — 12. 7. 29) ilość ataków epilep. (za 9 miesięcy) przed leczeniem przeciętnie 19 na 1 miesiąc. W czasie leczenia 19 — 20 a za 10 miesięcy po leczeniu (nieleczona zupełnie) 22 napadów miesięcznie.

Przypadek 9. chora Z. otrzymała 32 inj. (31. 1.—4. 9. 29) ilość napadów przed leczeniem (za 13 miesięcy) 15 na miesiąc, w czasie leczenia 13, po leczeniu (przez 10 miesięcy, jak powyższe chore celowo nieleczona) także około 13 ataków.

Przypadek 10. chora N. A. otrzymała 17 zastrzyków (4. 2. — 5. 6. 29) ilość napadów wynosiła u niej przed leczeniem (przez 13 miesięcy) przeciętnie 51, w czasie leczenia zwiększyła się do 70 w miesiącu, po leczeniu zaś (11 miesięcy zupełnie nieleczona) 50 napadów w miesiącu.

Przypadek 11. chora N. otrzymała 21 inj. w czasie od 5. 2. — 15. 7. 29. W 13 miesiącach przed leczeniem miała około 10 napadów w 1 miesiącu, w okresie leczenia 9, zaś po leczeniu za pierwsze 6 miesięcy (nieleczona) także 9 napadów miesięcznie.

Reasumując wyniki leczenia zastrzykami własnej krwi, należy zauważyć, że wpływ tegoż leczenia na napady był zmienny często dodatni. Wszystkie chore otrzymywały przed autohemoterapją brom lub gardenal mimo przerwania podawania tych leków

w czasie okresu leczenia własną krwią, ilość napadów nie zwiększała się zwykle, a niekiedy nawet ulegała liczebnie niewielkiemu obniżeniu. Ponieważ brak było wyraźnych popraw odnośnie do ekwiwalentów, nie możemy uważać tego leczenia za postęp w stosunku do starej terapji bromowej.

II grupa (Kalium hypermanganicum).

Leczenie to stosowano w 29 przypadkach (na 42) a więc najczęściej ze wszystkich poza bromem i gardenalem. Chore otrzymywały 3 razy dziennie po 15 kropli 6 proc. roztworu wodnego nadmanganianu potasu lub też odpowiednią dawkę 3 razy dziennie w pigułkach. Leczenie przeprowadzono w czasie od 12. 7. do 9. 9. 1930, a więc w przeciągu 60 dni. Czas trwania leczenia wahał się od 1 tygodnia do 60 dni, w 25 przypadkach, wynosił conajmniej jeden miesiąc, a w 8 powyżej 50 dni. W okresie tych prób, chore nie otrzymały naturalnie żadnych innych leków. Wpływ tego leczenia na napady przedstawiał się następująco. U 9 chorych nastąpiło w czasie leczenia pogorszenie w postaci zwiększenia ilości napadów. U 4 z tych chorych zmiana ta była znaczna. U pozostałych 5, zmiany ilości napadów w czasie leczenia (zwiększenie) nie były tak uderzające. W 3 przypadkach nastąpiło przejściowe zmniejszenie się ilości napadów w czasie leczenia. Zmiany powyższe dotyczyły tylko przypadków najdłużej leczonych. Pozostałe chore nie wykazały wyraźniejszych odchyleń statystyki napadów. Należy zaznaczyć, że chore te były wszystkie przedtem leczone głównie bromem, ponadto gardenalem oraz autohemoterapją. Także po przerwaniu leczenia nadmanganianem potasu, co następowało zwykle z powodu pogorszenia stanu psychicznego, otrzymywały zaraz inne leczenie (brom, gardenal). Podawania nadmanganianu musiano zwykle zaprzestawać z powodu bardzo wyraźnego, pogorszenia w postaci zwiększonej drażliwości chorych oraz częstszego występowania ekwiwalentów głównie zamroczeń. Pogorszenie to było zwykle bardzo wyraźne. U jednej chorej wystąpił w przebiegu tego leczenia długotrwały stan zamroczeniowy.

III. Grupa (fosfór).

Stosowano preparat phosphit w dawkach od 0,25 do 1 g. 3 razy dziennie u 9 pacjentek. Leczenie to przeprowadzono w drugiej połowie roku 1930 jako następne z koleji po poprzednio stosowanym nadmanganianie potasowym. Czas trwania

kuracji fosforowej wynosił w 1 przypadku 2 i pół miesiąca, w 6 przypadkach 2 — 3 tygodni, a w 2 przypadkach jeszcze krócej. W wymienionym powyżej przypadku stosowano phosphit przez 2 i pół miesiąca razem z preparatami jajnikowemi (prokliman, ovaria siccata) i otrzymano pomyślny wpływ na stan psychiczny chorej oraz częściowo na napady. U 4 następnych (najdłużej leczonych chorych) zanotowano u 3 zwiększenie ilości napadów w czasie leczenia, a 1 raz zmniejszenie tejże ilości, jednak niezbyt wyraźne. W czasie obserwacji chorych przy przeprowadzaniu tego leczenia odnosiło się wrażenie, że wspomniany preparat nie zasługuje jednak na nazwę specyfiku w epilepsji jak go z pewnych stron chwalono.

IV. Grupa (opoterapja).

Stosowano tutaj w 1 przypadku (opisany już w grupie leczonych phosphitem) prokliman, sistomensin oraz ovaria, a to dlatego, że w przypadku tym nieliczne zresztą napady występowały zwykłe w okresie menstruacji. Otrzymaną poprawę (stanu psychicznego) należy prawdopodobnie uważać za następstwo kombinowanego leczenia gruczołowego i fosforowego.

W pozostałach 4 przypadkach grupy niniejszej podawano 2 krotnie ovaria i to w jednym przypadku przez 3 miesiące w drugim przez 1 miesiąc. W tym ostatnim nastąpiła krótkotrwała poprawa odnośnie zarówno do napadów jak i stanu psychicznego. W jednym z pozostałych 2 przypadków, podawano poligland femin, w drugim opozones Lumièra i to przez 1 miesiąc. W przypadkach tych poprawy nie było. Możliwem jest, że leczenie gruczołowe zwłaszcza jako pomocnicze, może mieć dużą wartość, potrzebne są jednak jeszcze liczne doświadczenia. Powyższe przypadki przytaczamy naturalnie tylko ze względów tych, które leżą u założenia porównawczego niniejszej pracy, mianowicie w celu zestawienia.

V. Grupa [wapń i inne.)

W 4 przypadkach zastosowano w okresie czasu od 29. 1. do 19. 3. 1929 podawanie wapnia (solutio calcii chlorati) w dawce takiej jaką się stosuje powszechnie w chorobach wewnętrznych. Czas trwania leczenia wynosił 35 dni. U jednej z tych pacjentek zaobserwowano zwiększenie ilości napadów w okresie leczenia. Naturalnie nie podawano tym chorym innych leków poza wapniem. Ponadto poczyniono nieliczne próby z nirwanolem, borem i „epilepticonem“. Obserwacja tych pacjentek

nie wykazała nic szczególnego, poza tem jedynie, że brom czy gardenal są jednak lepsze od tych wszystkich środków.

VI. Grupa (luminal, gardenal, brom).

U 7 chorych stosowano leczenie luminalem począwszy od dawki 0,05 1 raz dziennie (1 chora) aż do 3 razy 0,1 (u 3 chorych). W 3 przypadkach podawano ten środek tylko w jednym okresie leczniczym i to krótkotrwałym, w następnych 3 przypadkach podawano go w 2 okresach jedno do kilkumiesięcznych. U jednej wreszcie chorej podawano luminal w 3 okresach z których jeden trwał 7 i pół miesiący. Był to przypadek jeden z najcięższych (ilość napadów od 50 — 126 miesięcznie) gdzie w krótce po powyższem leczeniu nastąpił zgon. U chorej tej wystąpił po dłuższem podawaniu luminalu częściowy spadek ilości napadów. Był to jeden z tych posuniętych przypadków, w których wszelkie próby lecznicze między innymi długotrwałe podawanie bromu, nie wykazywały wyraźnego wpływu. U następnej pacjentki (opisana już w grupie fosforu i opoterapji) która otrzymywała luminal przez 14 miesięcy (2 miesiące po 0,1 dziennie, 4 miesiące po 0,3 i 8 miesięcy po 0,2 dziennie) stwierdzono (w porównaniu do poprzedniego okresu bromowego oraz następnego nadmanganianowego) zupełne uspokojenie, brak stanów podniecenia i zamroczenia, (które występowały często przed i po napadach). Również stwierdzono wyraźną poprawę w częstości napadów, mianowicie przed leczeniem luminalem, chora miewała do 8 napadów w czasie leczenia 1 — 3 napady miesięcznie.

Obserwacje poczynione w Dziekance wykazały że luminal i gardenal są dobrymi środkami przeciwpadaczkowemi, oddziaływującemi zarówno na napady jak i inne okresowe zaburzenia epileptyczne. W niektórych przypadkach gardenal okazał się lepszym od bromu. Zdaniem naszem gardenal w dawce 0,1 do 0,2 dziennie nie ustępuje w niczem bromkowi sodowemu w tej dawce w jakiej go u nas stosowano (3 g. dziennie długotrwale). Bardzo dobrym środkiem okazał się w naszych próbach preparat gardenalowy do zastrzyków t. z. „gardenal-natrium". Zastosowano go w 4 ciężkich przypadkach, nie reagujących na inne leczenie, w ilości 11, 17, 24, i 60 injekcji codziennie lub co drugi dzień. Następowało zawsze zmniejszenie ilości napadów i ekwiwalentów oraz ich osłabienie. U jednej pacjentki (daleko posunięte stadjum choroby z zupeł-

nem otępieniem) udało się przerwać za pomocą jednego zastrzyku stan napadowy. Pacjentka ta nie należała do powyższej grupy leczonych tym preparatem.

Gardenal natrium okazał się skutecznym przy gromadnych napadach (status epilepticus) i jest w tym celu stosowany stale w Dziekance obok wodanu chloralu i somnifenu. O powyższem leczeniu pisał już z Dziekanki Dr. Gorzkowski. Wspominamy jeszcze o leczeniu kombinowanem gardenalu z koffeiną (5 razy) lub fenacetyną (4 razy). Chore otrzymały 3 raze dziennie 0,2 koffeiny + 0,03 gardenalu lub 0,3 fenacetyny + 0,03 gardenalu. Czas leczenia wynosił **1** — 3 miesięcy. Powyższą terapję przeprowadzono przy końcu 1930 i z początkiem 1931 roku, a więc najpóźniej ze wszystkich (obok gardenal-natrium) prób. Po tym okresie stosowano już tylko brom oraz gardenal, które to leczenie jest stosowane stale do chwili obecnej. Powyżej wspomniane leczenie kombinowane okazało się jako nieprzewyższające samego gardenalu. Najwięcej i najwcześniej stosowano brom w postaci soli sodowej w dawce zwykle około 3 gr. dziennie. Dawka ta była w większości przypadków wystarczająca. Niektóre przypadki lepiej oddziaływały na gardenal (który potazem okazał się conajmniej równym w wartości bromowi). W opanowywaniu najcięższych zaburzeń okresowych zawodziły jednak do pewnego stopnia zarówno brom jak i gardenal, natomiast skutecznym był wtedy, jak już wyżej wspomniano gardenal w zastrzykach („Gardenal-natrium“).

Na podstawie powyżej przytoczonych zestawień uważamy, że głównemi środkami ieczniczemi, które można uważać za specyficzne w epilepsji, są brom oraz gardenal czy luminal. Inne sposoby lecznicze są mniej wartościowe lub nawet nie zasługują, jak kalium hypermanganicum, na ich stosowanie.

Wynik naszych doświadczeń jest zgodny z większością opisanych dotychczas w literaturze wyników.

Już w części pierwszej (teoretycznej) niniejszej pracy podkreśliliśmy, że wiadomości nasze o przyczynach i powstawaniu epilepsji, nie uległy w przeciągu ostatnich 20 lat żadnym zasadniczym zmianom, że uwidacznia się raczej brak wyraźnego postępu w tym zakresie psychjatrji. Opierając się na wspomnianej już literaturze, oraz wynikach własnych, możemy powiedzieć, że i lecznictwo padaczki, nie wykazuje,

mimo tylu prób, prawie żadnych postępów. Jest to jednak zupełnie zrozumiałe po uwzględnieniu pierwszego z obu naszych końcowych wniosków.

Literatura.

1. Ashmore, Boston med. and surg. journ. 187, 1922.
2. Bleuler, Lehrbuch der Psychiatrie 1923.
3. Bumke, Lehrbuch der Geisteskrankheiten 1929.
4. Bechterew i Pewsner, Münch. med. Woch. nr. 27, 1925.
5. Blume, Deutsch. med. Woch. 1929, I, str. 61.
6. Brodski, Wien. Klin. Woch. 1931, I, str. 707.
7. Brunner-Ornstein i Ehrenwald, Psych. Neur. Woch. 1932, str. 125.
8. Buscaino, Schweiz. Arch. für Neur. u. Psych., 11 tom, 1932.
9. Cazzamali, cyt. Zentr. Neur. Psych., 42, str. 382.
10. Choroszko, Zeitschrift. f. d. ges. Neur. u. Psych. 98, str. 545.
11. Clark, Boston med. a. surg. journ. 195, nr. 7, 1926.
12. Clemmesen, Acta psychiatr. 6, 1931.
13. Fay, J. nerv. dis. 71, 1930.
14. Gorzkowski, Nowiny Psychjatr. I-II, 1932.
15. H. W. Gruhle, Zentralblatt für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, tom 34, str. 1 — 152. (tamże literatura)
16. Hartenberg, Presse méd. 1931, I, 101.
17. Helmholz i Keith, Journ. amer. med. assoc. 95, 1930.
18. Ilijińsky, cyt. Zentralbl. Neur. Psych., 54, str. 689.
19. Kafka, cyt. Zentralbl. Neur. Psych., 32, str. 530.
20. H. Küttner i Wollenberg, Zentralbl. f. Chirurgie nr. 11, 1923.
21. Kutziński, Med. Klinik, nr. 31, 1925.
22. Majdan-Majdanskij, cyt. Zentralbl. Neur. Psych., 50, str. 156.
23. Mańkowski, VIII Zjazd Psych. Polskich, cyt. Now. Psych. III-IV. 1928.
24. Marchand, Rev. Neur. 12, 1922.
25. Meumann, Z. Neur. 128, 1930.
26. J. Mirc, L'Encéphale nr. 7, 1925
27. Murphey, Sruth med. j., str. 647, 1930.
28. Muskens, „Epilepsie", Berlin J. Springer 1926 (monografja).
29. Olivecrona, Acta psychiatr. 6, 1931. „Le point de vue chirurgical dans le traitement de l'épilepsie"
30. Orzechowski, Rocznik Psychjatr. IX, str. 30.
31. Pascal i Davesne, Presse méd. 1925, nr. 67.

32. Pagniez, „L'épilepsie" Paris 1929 (monografja).
33. Pagniez, L'Encéphale, str. 59 — 126, 1931 referat zbiorowy
34. Parhon i Cahane, Bull. de la soc. roumaine de neur. psych. psychol. et endocrin. 3, 1926, cyt. Zentralbl. Neur. Psych., 45, str. 913.
35. Piotrowski, Nowiny lekarskie, XXV, 12, 1913.
36. Rabinovitch, L'Encéphale, 26, 1931.
37. Redlich, Wien. med. Woch. str. 689, 1930.
38. Satta, cyt. Zentralbl. Neur. Psych., 62, str. 192.
39. Schim van der Loeff i Barnhoorn, cyt. Zentralbl. Neur. Psych. 45, str. 914.
40. Schönfeld, Psych neur. Woch. 51-52, 1923.
41. Schou, Acta psychiatr. 6, 193.
42. Schram, Arch. f. Psychiatrie und Nervenheilk. tom 70, 1, 1923.
43. Świerczek: „Wyniki leczenia epilepsji malarją", Nowiny Psychjatr. 1932, I-II.
44. Świerczek: „O leczeniu schizofrenji malarją z podaniem wyników otrzymanych w Dziekance" Now. Psych., I-II, 1932.
45. Sterling, Rocznik psychjatr. IX, str. 64.
46. Tracy, Clin. med. a. surg., str. 402, 1931.
47. Trossarelli, Note Psichiatr. 17, 1929, cyt. Zentralbl. Neur. Psych., 54, str. 689.
48. Vincelet, L'Ecéphale 26, 1931.
49. Weeks; Renner; Alleni Wishart. Journal of metabolic research., tom 3, Nr. 2. 1923.
50. Weidner, Deutsch med. Woch., Nr. 18, 1924.

Hôpital Psychiatrique public Dziekanka (Posnanie)
Dir. Dr. med. Dr. phil. AL. PIOTROWSKI.

Le traitement de l'épilepsie. Études comparatives.

Par le Dr. St. ŚWIERCZEK et Dr. St. KAISERÓWNA.

Résumé.

Dans la première partie du rapport les auteurs s'occupent de théories les plus importantes, concernantes l'étiologie et le traitement de l'épilepsie. Dans la seconde partie de l'article ils décrivent les méthodes curatives appliquées à Dziekanka pendant 3 ans. On s'en est servi chez 42 femmes. Néanmoins on a appliqué le brome et le gardénal. Dans 29 cas on a continué le traitement par le hypermanganate de potassium. On a appli-

qué aussi l'autohemothérapie (14 fois), de „phosphit“ (9) de luminale (7), d'ovaries (5) de cofféine avec gardénal (5), de phénacetine avec gardénal (4) et de gardénal — natrium (4). Ces études ont démontré, que c'est le brome, le gardénal et le luminal qui sont les médicaments les plus efficaces dans le traitement de l'épilepsie et que l'hypermanganate de potasium est moins efficace.

Dr. JAN GALLUS.
Ordynator Szpitala Państwowego dla psychicznie chorych w Tworkach.
(Dyrektor Docent Doktór WITOLD ŁUNIEWSKI.)

Serologja a choroby psychiczne.

(Streszczenie zbiorowe wygł. na posiedzeniu lekarzy w Tworkach w lutym 1932 r.)

Serologja w psychjatrji napotyka na wielkie trudności bądź to na skutek niejasnej nieraz klasyfikacji lub niejasnych jeszcze naszych pojęć etjologicznych np. w endogennych psychozach, czy na skutek trudności w odróżnieniu serologicznem psychoz exogennych od stanów z tym samym czynnikiem exogennym bez psychozy np. w kile, bądź też na skutek niedostateczności jeszcze naszych metod serologicznych.

Do badań nad krwią w całości t j. jeszcze ze wszystkiemi składnikami należą badania nad szybkością opadania czerwonych ciałek krwi (odczyn Biernackiego), stałością zawieszony (Suspension stabilität) Fahreus'a oraz badania nad czasem krzepnięcia krwi. W schizofrenji nie znajdowano istotnych zmian w szybkości opadania czerwonych ciałek, czasem jedynie w katatonji lub końcowych okresach (Endzustände) występować miało przyspieszenie sedymentacji, w stanach zaś początkowych lub paranoidalnych zwolnienie. W psychozie manjakalno - depresyjnej występować ma przyspieszenie sedymentacji i to głównie w manji, w depresji zaś zwolnienie lub norma. Chwiejność osocza badał w schizofrenji Kafka i znajdował charakterystyczne wahanie, — obniżenie i zwiększenie. W epilepsji i hyperwentylacji znajdowano, że jeśli hyperwentylacja prowadziła do napadu epileptycznego, to występowało wzmożenie chwiejności osocza bez specjalnego przyspieszenia zdolności opadania krwinek, jeśli zaś nie przychodziło do napadu, to występowało silne wzmożenie zdolności opadania krwinek i chwiejności osocza,

najsilniejsze przed hyperwentylacją, słabsze podczas samej hyperwentylacji a najsłabsze po niej. Przed napadem epilept. znajdowano przyspieszenie zdolności opadania krwinek lub zwolnienie, wyrównujące się po napadzie, po napadzie przyspieszenie, a w okresach wolnych od napadów normę. W porażeniu postęp., Taboparal., sprawach kiłowych, zdolność opadania krwinek i chwiejność osocza mają być podniesione, tak samo i w ostrych niekiłowych zapaleniach opon mózgowych, jak również u encefalityków. W psychozach infekcyjnych w ostrym okresie przychodzić ma do przyspieszenia czasu opadania krwinek, które potem wyrównuje się, tak samo w ostrych stanach alkoholizmu i innych narkomanjach, w chronicznych zaś stanach czas ten ma być normalny. W psychozach starczych i u arteriosklerotyków również przychodzić ma do przyspieszenia czasu opadania krwinek lub mają wypadać wyniki różne. Psychozy reaktywne, psycho- i neuropatje, psycho- i neurastenje wykazywać mają pod tym względem normę. Wedle zdania Achard, Codeunis, Hadjigeorges'a opadanie krwinek zależeć ma od stosunku globulin do albumin, od liczby krwinek czerwonych i zawartości w nich hemoglobiny, od ilości niebiałkowych ciał azotowych i od zaburzeń w równowadze kwasowo-zasadowej, ilość zaś chlorków i ciał tłuszczowatych niema wywierać żadnego wpływu na opadanie, sam mechanizm tego zjawiska zależeć ma od rozmaitych czynników, między innemi od napięcia powierzchniowego i od ładunku elektrycznego, na co wskazywał Vlès.

Co do badania czasu krzepnięcia krwi, to mamy tu kilka sposobów badań, najczęściej są stosowane — sposób Bürker'a i Vierordt'a. Jeżeli chodzi o spostrzeżenia jakie zrobiono odnośnie do psychjatrji, to u schizofreników, specjalnie katatoników znajdowano przyspieszenie czasu krzepnięcia krwi, w epilepsji przed napadem zwolnienie, to samo też przy hyperwentylacji, natomiast po napadzie przyspieszenie. W hyperfunkcjach gruczołu tarczykowego znajdowano zwolnienie czasu krzepnięcia krwi, a w hypofunkcjach przyspieszenie.

W obrazie krwi w schizofrenji bądź nie znajdowano nic szczególnego, bądź pewne zwiększenie ilości czerwonych i białych ciałek krwi, przyczem tych ostatnich dwukrotne, w poprawie widywano ubytek mononuklearów i przybytek neutrofilów, w katatonji limfocytozę, w pewnej ilości przypadków spokojnych i przy stuporze eozynopenję, rzadko zaś basofile i komórki

podobne do myeloblastów. Sagel, Carière mówią o przesunięciu w lewo obrazu krwi schizofreników t. j. o zwiększeniu się młodszych form białych ciałek, które w remisjach i stanach końcowych wracać mają do normy; podobne przesunięcie w lewo obserwowano w psychozie maniak. depres., wyraźniejsze w manji. W epilepsji znajdowano przed napadem epilept. zmniejszenie białych ciałek, któremu towarzyszyć ma względna limfocytoza ewentualnie monocytoza, ilość eozynofilów przed i podczas napadu ma być zmniejszona, w hyperwentylacyjnej zaś epilepsji i w samej hyperwentylacji stwierdzono na początku leukopenję. W alkoholiźmie znajdowano neutrofilję, szczególnie w delirium tremens, oprócz tego hypoeozynofilję i limfopenję przy zakończeniu zaś procesów ostrych monocytozę. W porażeniu postęp. występować ma eozynopenja, po leczeniu zaś malarją lub rekurensem z dobrym skutkiem zmiana neutrofilji na limfocytozę; Bergel i Weicksel mówią o limfocytozie po zastrzykach salvarsanu. W thyreotoksykozach występować ma silna limfocytoza i mononukleoza, w hypo- i athyreozach zmniejszenie czerwonych ciałek krwi i hemoglobiny, często poikilocytoza, mononukleoza i hypereozynofilja. W akromegalji występować ma erythropenja i mononukleoza, w dystrophia adiposo-genitalis erythropenja, limfocytoza i hypereozynofilja. W zaburzeniach nadnerczy obserwowano erythropenję i limfocytozę. W psychopatji, neurastenji wedle Saur'a, Hoesslin'a i Kafki występować ma limfocytoza. W gruźliczem zapaleniu opon mózgowych znajdowano obraz białych ciałek krwi niezmieniony lub nieznaczną leukocytozę, limfopenję, eozynopenję i czasem monocytozę, w ropnem zaś zapaleniu opon mózgowych, leukocytozę, eozynopenję, limfopenję lub nawet przeciwnie limfocytozę.

Badania nad osoczem krwi są jeszcze w zaczątkach; pierwsi którzy się tą sprawą zajęli, to Sachs i Oettingen, badali oni kłaczkowacenie osocza pod wpływem temperatury (56 st.), ścinanie się go pod wpływem alkoholu i wysycania go solą kuchenną i znaleźli u ciężarnych silniejsze i szybsze skłaczkowacenie, u noworodków słabsze i wolniejsze niż w normalnych przypadkach. W ten sposób stopniowo powstały reakcje chwiejności osocza krwi, szczegółowo opracowane przez Georgi'ego, który stworzył specjalną metodykę tych badań, zmodyfikowaną później przez Kafka i innych. Na podstawie tych badań stwierdzono, że naogół zwiększona chwiejność osocza

występuje w tych schorzeniach, które mają zwiększoną szybkość opadania krwinek. W schizofrenji znajdowano tak obniżenie jak i wzmożenie chwiejności osocza, w epilepsji i przy hyperwentylacji w napadzie wzmożenie chwiejności osocza, w zaburzeniu gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu nie znajdowano pod tym względem nic szczególnego. Suckow posługując się specjalną metodą Gerloczy'ego badał chwiejność osocza i szybkość opadania krwinek w chronicznym alkoholiźmie i stwierdził, że te przebiegają równolegle z ciężkością alkoholizmu a najsilniejsze bywają w delirium tremens.

Jeśli chodzi o surowicę krwi, to aktualne reakcje napięcia powierzchniowego, ciężaru właściwego, obniżania punktu zamarzania nie mają dla nas dotychczas większego znaczenia. Natomiast dość ważne są badania nad lepkością surowicy, badamy ją sposobami np. Ostwalda lub Hesz'a i z wyraźnem jej obniżeniem spotykamy się w epilepsji podczas napadu i w hyperfunkcjach gruczołu tarczykowego, natomiast w hypofunkcjach podwyższenie nie jest tak wyraźne.

Badania nad refrakcją (refraction) surowicy, którą mierzymy za pomocą refraktometru Pulfrich'a dają dość ciekawe wyniki. Z wartości refrakcyjnej oblicza Reiss wartość białka surowicy, a Robertson na tej zasadzie opierając się stara się o procentowe zestawienie ciał białkowych. Rohrer biorąc pod uwagę wartość refrakcji i lepkości surowicy opracował krzywą, na której można wprost odczytać współczynnik białkowy surowicy t. j. stosunek albuminów do globulinów, który normalnie wedle Roux wynosi $^1/_4$. W stanach patologicznych stosunek ten zmienia się przeważnie w kierunku zwiększenia globulinów, zwłaszcza w chorobach z rozpadem tkanek, stanach toksycznych i t. p. W schizofrenji znajdowano normalne wartości współczynnika białkowego lub podniesienie wartości całkowitego białka, globulin i albumin, ze wzmożeniem zdolności wiązania wody przez globuliny. Sikorska ze mną badając surowicę krwi schizofreników na zaburzenia równowagi rozpyłkowej metodą termiczną Węgierki, zmodyfikowaną przez Góreckiego, znalazła w większości przypadków silne zaburzenia równowagi globulin. W epilepsji podczas i po napadzie i przy hyperwentylacji znajdowano wzmożenie refrakcji i obniżenie współczynnika białkowego. Obniżenie współczynnika białkowego spotykamy również w hyperfunkcjach gruczołu tarczy-

kowego. W porażeniu postęp. globuliny wykazują zmianę niezupełnie jeszcze wyjaśnioną, Fibrinyi i Weisbach mówią o wzmożeniu euglobuliny, przychodzi tu również do ogólnego wzmożenia ilości białka, wzmożenie globulin, albuminy zazwyczaj zostają w normie, współczynnik białkowy jest wysoki.

Badania chemiczno-serologiczne krwi przeprowadzono głównie co do cukru, chlorków, cholesterolu, azotu niebiałkowego, kwasu moczowego, kreatyniny i t. p., posługiwano się przytem najrozmaitszemi metodami. W schizofrenji znajdowano naogół zwiększenie ilości cukru we krwi, czasem zmniejszenie. Krzywa obciążania cukrem przebiega w schizofrenji wedle Smith'a i Gardian-Hill'a niżej niż w innych psychozach. Langefeldt znajdował w schizofrenji umiarkowane ilości cukru, próba zaś obciążenia cukrem wedle niego wykazywała częściowo obniżenie tolerancji cukru, częściowo wartości normalne. Glikozurja bywa częstsza w hebefrenji niż w katatonji. E. Klemperer i Sikorska znajdowali w schizofrenji w wiekszości przypadków glikozę przyspieszoną, odpowiadającą hyperglikemji. W epilepsji znajdowano bądź hyperglikemję bądź hypoglikemję. Również hyperglikemję znajdowano w porażeniu postęp. i w alkoholiźmie. W psychozie manjak. depres. znajdowano w melancholji i stanach lękowych naogół hyperglikemję, w stanach zaś manjakalnych normę. W psychozach ostrych z podnieceniem wykazywano zwiększenie ilości cukru we krwi, rzadko zmniejszenie, w chronicznych zaś stanach z podnieceniem ilość cukru we krwi miała być normalna. W zaburzeniach gruczołów wewnątrzwydzielniczych badania na cukier wypadają różne. Chlorki wedle jednych autorów w schizofrenji nie ulegają zaburzeniom, wedle innych występuje tu hyperchlorurja. W epilepsji i przy hyperwentylacji przed napadem zwiększać się ma ilość chlorków, soli kuchennej we krwi, przyczem przychodzić ma do wzrostu wagi. Nad cholesterolem we krwi, pracowano głównie co do schizofrenji i znajdowano tu bądź to obniżenie ilości cholesterolu bądź też tak hyper jak i hypocholesterynemję. W psychozie maniak. depres. spotykano hypercholesterynemię, to samo i w epilepsji przed napadem.—Kwas moczowy we krwi w schizofrenji ma być w normie lub ulegać ma zmniejszeniu, w porażeniu zaś postęp. zwiększeniu; w psychozie maniak. depres.—w depresji w normie, w stanach zaś manjakalnych ulegać ma zwiększeniu. Co do azotu niebiałko-

wego — to ulegać ma on w schizofrenji zmniejszeniu, tak samo i w alkoholiźmie, w psychozie zaś maniak. depres. występować mają pod tym względem nieznaczne tylko zaburzenia. Zwiększenie kreatyniny znajdowano w melancholji, a w schizofrenji ilości normalne lub różne. W alkoholiźmie spotykano wzmożenie ilości ciał bilirubinowych i acetonowych we krwi, a w delirium tremens zawsze indykan, składniki te mają zwiększać się z nasileniem schorzenia alkoholowego. Ze wzmożeniem ilości lipoidów we krwi spotykano się w epilepsji. Co do potasu (K) i wapnia (Ca), którego ilość normalna waha się w surowicy z wiekiem, konstytucją, pożywieniem, perjodami, ciążą i t. p., przyczem K nie ulega tak silnym wahaniom, to w kiłowych schorzeniach centralnego systemu nerwowego ilość Ca bywa normalną lub nieznacznie zmienioną, w schizofrenji ilość Ca i K ulegać ma zwiększeniu lub zmniejszeniu, w psychozie maniak. depres., w depresji K przeważać ma nad Ca, w manji zaś Ca nad K, choć obserwowano tu i wzmożenie K. W epilepsji ilość Ca we krwi ma być normalna, natomiast ilość K ma ulegać zwiększeniu, w parkinsoniźmie pośpiączkowym ilość Ca ulegać ma zwiększeniu tak samo ilość K, choć czasem występować ma i obniżenie ilości K. W hyperhypothyreozach obserwowano wzmożenie ilości Ca lub obniżenie, w dystrophia adip. genit. wzmożenie a w zaburzeniach nadnerczy wybitne zmiany w przemianie Ca. W nerwicach czynnościowych, hysterji mówi się o obniżeniu Ca.

Metody kolloidalno-chemiczne używane do badania płynu mózg. rdzeniowego zdaniem Kafki nie nadają się do badania surowicy.

Katalazą surowicy w schorzeniach nerwowych i umysłowych zajmowało się wielu autorów i znajdowano tu ogólne zboczenie katalazy z amplitudą około 23 — 48 proc. (norm. 26 — 38 proc.), znajdowano przytem zależność zawartości katalazy surowicy od wzruszeniowości.

Nad rezerwą alkaliczną pracowano głównie w epilepsji i przy hyperwentylacji i stwierdzono tu obniżenie tejże przed i w czasie napadu.

Pfeiffer, Standenath, Weber i inni zajmowali się gospodarstwem peptidazowem w surowicy, przyczem stwierdzono silne podniesienie przesączania się peptidaz (peptidazen titers) do surowicy bez wydzielania się tychże w moczu przed napadem epileptycznym, po napadzie zaś stan ten zmienił się w odwrotny

choć znajdowano też i takie stany, gdzie przychodziło do zwiększenia się przesączania peptidaz bez napadów.

Sprawą fermentów w surowicy zajmował się głównie Hayaschi i znajdował zmniejszenie fermentów diastatycznych i utleniających w schizofrenji, wzmożenie tychże w alkoholiźmie, a tylko nieznaczne zaburzenia w psychozie maniak. depres.

Co do badań nad antitryptycznem działaniem surowicy, które Jach wprowadził do psychjatrji, to stwierdzono diagnostyczne znaczenie tegoż działania, mianowicie przesączania się antitrypsyny w neurozach czynnościowych znajdowano normalne, w organicznych zaś psychozach podniesione. W schizofrenji znajdowano silne wzmożenie działanie antitryptycznego surowicy to samo i w epilepsji przed i w czasie napadu, po napadzie zaś obniżenie. Również wzmożenie siły antitryptycznej surowicy obserwowano przy hyperfunkcji gruczołu tarczykowego, w zaburzeniach przysadki i gruczołów płciowych, wreszcie w alkoholiźmie.

Reakcją Abderhalden'a zajmowali się liczni autorzy, którzy znajdywali uderzającą zgodność tej reakcji z wynikami dializy. Na podstawie przeprowadzonych odnośnych badań, Kafka mówi o rozkładzie (Abbau) kory mózgowej w ciężkiej psychopatji, w schizofrenji występewać ma zdaniem jego rozkład kory mózgowej, gruczołów płciowych, gruczołu tarczykowego i rzadko nadnerczy, w epilepsji rozkład gruczołu tarczykowego, przedewszystkiem przed napadem, rzadko rozkład kory mózgowej, gruczołów płciowych i nadnerczy, w psychozie maniak. depres. bardzo rzadko i tylko pojedyńczo przychodzić ma do rozkładu gruczołów dokrewnych w porażeniu postęp. i w sprawach kiłowych centralnego systemu nerwowego występować ma rozkład kory mózgowej i innych organów, a w zaburzeniu gruczołów wewnątrzwydzielniczych przychodzić ma do rozkładu odnośnych schorzałych gruczołów.

Do biologiczno-serologicznych badań należą badania nad aglutynacją bakteryj np. krętka bladego czy innych bakteryj np. w ostrych chorobach infekcyjnych, badania te nie mają jednak większego znaczenia praktycznego odnośnie do psychjatrji. Wielkiego natomiast znaczenia zaczynają nabierać w nowszych czasach badania nad t. zw. izohemaglutynacją, którą zajmowało się wielu autorów z różnemi wynikami. Jedni znajdowali w niektórych chorobach psychicznych pewne ustosunkowanie grup krwi np. przewagę grupy 0, w porównaniu z normą, inni tylko

nieznaczne odchylenia od normy. W schizofrenji i psychozie maniak. depres. albo nie znajdywano odchyleń od normy albo znajdowano nieznaczne lub wyraźne wzmożenie grupy A. obniżenie grupy B., wzmożenie proc. lub obniżenie grupy 0, wzmożenie grupy AB, w porażeniu postęp. znajdywano proc. grupy AB $1^{1/2}$ — 2 razy wyższy niż przeciętny proc. normalny, wzmożenie grupy B lub normę; w epilepsji częściowo wzmożenie proc. grupy B, częściowo stosunki normalne. U psychopatów obserwowano znaczne wzmożenie proc. grupy B i obniżenie grupy 0, w grupie AB wzmożenie lub normę, w grupie zaś A obniżenie lub wzmożenie. Dodatni odczyn Wassermann'a najczęściej spotykano w grupie AB i mówi się o specjalnej trudności w tej grupie zmiany tego odczynu z dodatniego na ujemny. Pewną skłonność do hyperthyreoz zauważono w grupie 0, w grupie zaś A do idjotyzmu mongoloidalnego.

Co do objawu znikania dopełniacza (Komplementschwinde) w surowicy to stwierdzono występowanie tegoż odczynu tak w porażeniu postęp. jak i przy źle leczonej kile i w kile trzeciorzędnej (Eicke). Z związaniem dopełniacza czyli dodatnią r. Wassermann'a spotykamy się w kile, porażeniu postęp., tabo-paral., w kile mózgu i rdzenia i wogóle we wszystkich kiłowych schorzeniach centralnego systemu nerwowego. W kile wrodzonej z niedorozwojem psychicznym również odczyn Wassermann'a bywa dodatni, może on jednak z wiekiem zmienić się na ujemny, jak to wykazali różni autorzy. Haas mówi, że reakcja Wassermann'a jest tu wtedy tylko dodatnią, kiedy mamy objawy ze strony centr. systemu nerwowego. Lewinson w idjotyźmie amaurot. i w mongoliźmie również znajdował reakcję Wassermann'a dodatnią, co zresztą i w mongoliźmie obserwował również Greenfield i Carmichael.

Jacobsthal stworzył specjalną metodę optyczną do rozpoznawania kiły, uzupełnioną następnie przez różnych autorów, opartą na tej samej podstawie co reakcja Wassermann'a. Na tej również metodzie oparta jest metoda Weinberga dla rozpoznawania echinokoka, w Południowej Ameryce używana przez psychjatrów do rozpoznawania cysticercus cerebri. Sachs i Georgi stworzyli metodę, polegającą na wywoływaniu skłaczkowacenia (Flockungsreakt.) do czytania zaś jej wyników zostały zbudowane specjalne aparaty t. zw. aglutynoskopy, stworzono przytem specjalne mikrometody tych badań. Oprócz metody

skłaczkowacenia stworzono metodę wiązania lipoidów (Meinicke), reakcję polegającą na skłaczkowaceniu i hemolizie (Verne), reakcje kombinacyjne (Keining, Kafka, Bruch), reakcje zmąceniowe polegające na tem, że zamiast kłaczków powstaje zmącenie (Dold i Meinicke) i t. p. Wszystkie te reakcje służą jako reakcje uzupełniające przy rozpoznawaniu kiły i schorzeń na jej tle powstałych. Hartwich jedynie w epilepsji znajdował dodatnie reakcje skłaczkowacenia, choć reakcja Wassermanna była ujemna.

Sprawę toksyczności surowicy, której podstawy stworzył Borchard zajmowało się wielu badaczy, niektórzy z nich znajdowali pewną toksyczność surowicy w depresji w psychozie manjak.-depres. i w epilepsji już na 1 — 2 dni przed napadem przyczem dochodziła ona do szczytu podczas samego napadu, po napadzie zaś szybko opadała, nie zostało to jednak potwierdzone przez wszystkich autorów. Rebecci stwierdził, że system nerwowy pijawki zostaje uszkodzony, jeżeli się jej daje ssać chorych cierpiących na epilepsję, porażenie postęp., czy otępienie starcze, kontrola ze zdrowymi nie wykazywała tego.

Obecnie przechodzę do omówienia badań i spostrzeżeń nad płynem mózgowo- rdzeniowym odnośnie do psychjatrji.

W normalnym płynie wszystkie odczyny na białko np. odczyn Nonne'go, Weichbrodt'a, Braun-Hussler'a, Pandy, odczyny kolloidalne i t. p. wypadają ujemnie, tak samo i odczyny biologiczne jak np. próba hemolizynowa Weil-Kafka, próba fermentu peptolitycznego czy przeciwciał swoistych (odczyn Wassermann'a, Meinicke'go i t. p.). Przy badaniu płynu mózgowo-rdzeniowego ważną rolę odgrywa oglądania go, płyn bowiem w stanach patologicznych może zmieniać swą barwę. Na skutek zmieszania się płynu z krwią świeżą występuje erythrochromja, z krwią zmienioną ksantochromja, zmiany te mogą występować przy zapaleniu opon, krwotokach, przy przerwaniu komunikacji płynu w guzach i czasem w alkoholiźmie, gdy przychodzi do uszkodzenia centralnego systemu nerwowego. Zmianą zabarwienia płynu pod wpływem barwików żółciowych zajmowało sie wielu autorów, występować ma ono w ciężkiej żółtaczce, w śladach przy meningitis epidem. i tbc , w guzach (tumorach) jeśli przychodzi do krwawień i w tych wypadkach, kiedy spotykamy się z ksantochromją (Lickint). Bardzo wyraźne zmiany w wyglądzie płynu powstają przy procesach zapalnych opon mózgowych i może wtedy przychodzić też do zmącenia, kłaczkowacenia, krzepnięcia, wytwarzania

się siatki, często z ksantochromją czy innem zabarwieniem. Wszystkie ostre procesy oponowe mają wykazywać zmącenie płynu ze swoistemi zaburzeniami cieczy (Homogenitätsstörungen), nie jest to jednak prawidłem, francuscy bowiem autorzy opisują i takie przypadki z jasnym, przezroczystym płynem. W porażeniu postęp. mimo silnego zwiększenia się ciał białkowych, komórek i innych procesów, makroskopowo nie przechodzi do żadnych zmian, rzadko tylko występuje lekkie zmętnienie, które Kafka tłumaczy obecnością fibrinoglobuliny. W zapaleniu opon gruźliczem Kafka i inni autorzy opisują częste występowanie charakterystycznej siatki pajęczynowej, może ona jednak występować i w każdem innem zapaleniu opon. Zmętnienie i zmiany zabarwienia w płynie oprócz krwotoków i zapaleń opon mogą występować w późniejszym okresie w kile mózgu, w guzach (tumorach) centralnego systemu nerwowego i przy t. zw. syndromie Froin'a.

Giuffrè i Mannino mierzyli za pomocą specjalnej aparatury temperaturę płynu mózgowo rdzeniowego i znajdowali, że jest ona wyższa aniżeli temperatura w pasze a różna od temperatury w odbytnicy (niższa, równa, wyższa).

Od tych makroskopowych badań niewielki już krok do badań mikroskopowych, które pierwsi wprowadzili przy badaniu płynu mózgowo rdzeniowego Widal, Sicard i Ravaut, używając ich do badań tak ilościowych, jak i jakościowych, elementów komórkowych płynu. Ciałka w normalnym płynie występują w ilości 0 — 5 w mm^3 i składają się z limfocytów, z minimalną domieszką leukocytów wielojędrzastych, stanowiących 5 proc. (Fonticella) ogólnej ilości ciałek białych. Z dużą ilością ciałek białych spotykamy się w ostrych kiłowych i niekiłowych zapaleniach opon mózgowych, w świeżej kile mózgu (ponad 300), w porażeniu postęp. (około 100/3 — choć czasem b. mało lub b. dużo), w części chorób organicznych jak w stwardnieniu rozsianem, w sklerozach spiączkowem zapaleniu mózgu, w niektórych guzach, w epilepsji i to głównie w status epileptic. (Pappenheim), w idjotyzmie pochodzenia zapalnego (Weygand) i rzadko lekkie wzmożenie w schizofrenji (Kafka). Przy krwotokach oprócz ciałek białych spotykamy się w płynie z czerwonemi ciałkami krwi, a jeżeli krwawienie wystąpiło dawno z barwikiem krwi (pigmentem) i makrofagami, pochłaniającemi czerwone ciałka krwi. Do jakościowych badań nad komórkami w płynie mózgowo rdzeniowym należą metody histologiczne i hematologiczne, jako wzór pierwszych

służyć może metoda Alzheimer'a, drugich zaś met. pochodzące od Widal'a, Sicard'a i Rafaut'a, polegają one na barwieniu osadu specjalnemi barwikami. Przy ostrych niekiłowych zapaleniach opon spotykamy przedewszystkiem neutrofilne leukocyty, limfocyty, komórki plazmatyczne i makrofagi; przy gruźliczych i kiłowych zapaleniach opon przeważają limfocyty różnej wielkości i kształtu, oprócz tego spotyka się tu eozynofile. W porażeniu postęp. obraz komórkowy jest pstry, znajdują się tutaj przeważnie limfocyty różnej wielkości i kształtu, komórki plazmatyczne, czasem fagocyty, granulocyty, mono, polynucleary (Rehm), fibroblasty i inne; Pappenheim mówi tu o leokocytozie. W płynie mózgowo rdzeniowym możemy również spotkać komórki guzów (tumorów) i części pęcherzyków bąblowca (cysticercus), które diagnostycznie są bardzo cenne. Badania bakterjologiczne płynu mózgowo rdzeniowego są bardzo ważne przy zapaleniach opon mózgowych. Krętka bladego (spir. pallid.) w płynie mózgowo rdzeniowym bardzo rzadko można znaleźć. Trypanosomy znajduje się w płynie przy śpiączce.

Badania fizykalno - chemiczne płynu mózgowo rdzen. rozwinęły się bardzo w ostatnich czasach. Ciężar właściwy płynu badano różnemi metodami i określa się go na 1003 — 1009. W stanach patologicznych może on wynosić 1015 i więcej. Riebeling w porażeniu postęp. znajdował ciężar właściwy płynu około 1008,05, w epilepsji 1008,36 a w schizofrenji 1007,10.

Guiffrè na podstawie prac Kisch'a i Remertr'a badał napięcie powierzchniowe płynu mózgowo rdzeniowego i znajdował, że jest ono niższe niż wody dystylowanej, a wyższe niż krwi, ma ono wahać się w granicach normalnych w chronicznych schorzeniach centralnego systemu nerwowego i opon mózgowych, jak również w chorobach wewnętrznych, natomiast w ostrych zapaleniach opon mózgowych ma być obniżone. Lepkość płynu mózgowo rdzen. określają na 1020 — 1060, w stanach patologicznych wynosić ma 10434 — 10735. Punkt zamarzania płynu mózgowo rdzen. określany jest przez Lewinsona na — 0,56 st., w patologicznych zaś stanach od — 0,55 st. do — 0,57 st. Przewodnictwo elektryczne płynu mózgowo rdzen. wynosi 0,01365 do 0,01513 przy 25 st., w porażeniu postęp. 0,014868 (obniżone), w zapaleniach opon mózgowych 0,013234 do 0,0141025 (obniżone). Wykładnik wodorowy i rezerwa zasadowa wypadały dla normalnego płynu P 7,3 — 7,6, obniżających się przy zapaleniu opon

mózgowych do 7,1. Rezerwa zasadowa wedle Lewinsona wynosi w przypadkach nieoponowych 45,7 — 63 proc. CO_2, w przypadkach zaś zapalenia opon mózg. 18 — 33 proc. CO_2 (ropne) i 33 — 58 proc. CO_2 (gruźlicze), przychodzi więc tu do zmniejszenia wartości CO_2 w płynie czyli acidozy. W encephalicie występuje alkaloza lub acidoza, w porażeniu postęp. alkaloza po leczeniu zaś malarją acidoza, która stopniowo w razie poprawy przechodzi w normę, w kile mózgowej norma lub nieznaczna alkaloza w tabo-paral. acidoza lub alkaloza, w wiądzie rdzenia norma, jeśli jednak przychodzi do zaniku nerwów wzrokowych alkaloza, po salvarsanie alkaloza, w epilepsji alkaloza, wartości różne lub norma, w katalepsji alkaloza, w sclerosis dissem. alkaloza jak również w parkinsoniźmie i alkoholiźmie, w psychozie manjak. depres. i w schizofrenji acidoza.

Spektroskopowe badania płynu mózgowo rdzen. przeprowadzone były przez Opitz'a i Jacobi'ego, nie znajdowali oni różnicy między płynem z cystern a z kanału lędźwiowego, natomiast znajdowali wzrost absorbcji w płynach epileptyków i schizofreników. Lewinson obserwował obraz piany, którą znajdował tylko w patologicznych płynach, najwyraźniejszy i najtrwalszy przy ostrych zapaleniach opon mózgowych. Studjował on również obraz krystalizowania się płynu mózgowo rdzen. przy odparowaniu wody i w normalnych płynach znajdował najczęściej kryształki podobne do kryształków soli kuchennej, w płynach zaś patologicznych kryształki te były różnego rodzaju.

Specjalne znaczenie dla praktyki mają badania chemiczne płynu mózgowo rdzen., przyczem na pierwszy plan wybijają się tak ilościowe, jak i jakościowe metody do oznaczania ciał białkowych, cukru, chlorków i t. p. Jeśli chodzi o próby białkowe to trzeba zaznaczyć, że płyn w przeciwieństwie do surowicy krwi wykazuje lekkie zmętnienie pod wpływem środków ścinających. Praktycznie ważną jest całkowita ilość białka, która normalnie wynosi około 0,02 proc., w stanach zaś patologicznych zwiększa się. Duże ilości białka spotykamy w płynie mózgowo-rdzeniowym w zapaleniu opon mózgowych (200 — 1000 mg. proc.), przyczem w gruźliczem lekkie, w zapaleniu śpiączkowem mózgu, w porażeniu post. (około 60 mg. proc.), w kile mózgu (około 60 mg. proc.), w wiądzie rdzenia (słabsze niż w p. p.), w arteriosklerozie, w guzach mózgowych i rdzeniowych, czasem w epilepsji, w schizofrenji zaś ilość ta bywa normalna. Do zwiększenia

ilości białka w płynie przychodzi również przy poprzecznem przerwaniu rdzenia i to głównie pod tem miejscem. Wykaz globulin w płynie mózgowo rdzen. ma duże znaczenie praktyczne. Normalny płyn zawiera ślady globulin (0,003 — 0,005 proc. Medem), ze zwiększeniem ilości globulin w płynie spotykamy się we wszystkich procesach kiłowych centr. systemu nerwowego (20 — 40 mg. proc.) i we wszystkich stanach zapalnych opon i mózgu, w niewielkiem zaś stopniu występuje ono w organicznych schorzeniach centralnego systemu nerwowego. Za pomocą badań frakcyjnych wykazano charakterystyczne dla zapalenia opon mózgowych fibrynę i fibrynoglobulinę, dla porażenia postępującego euglobulinę (30 mg. proc.). która może również w niewielkich ilościach występować w zapaleniu opon mózgowych, w wiądzie rdzenia i kile mózgu, wreszcie dla kiły mózgu pseudoglobulinę. Stosunek euglobulin do globulin wynosić ma w porażeniu post. 0,5 w kile mózgu 0,35 a w zapaleniu opon mózgowych 0,43. Ilość albumin zwiększa się w zapaleniu opon mózgowych, w kile mózgu, arteriosklerozie, w ostrych stanach choreji, czasem w przewlekłych stanach depresji, w porażeniu zaś postępującem ma być ona normalna. Stosunkiem globulin do albumin czyli t. zw. współczynnikiem białkowym zajmowało się wielu autorów, normalna wartość tego współczynnika w płynie mózgowo-rdzeniowym wynosi 1/1 — 1/4, w patologicznych zaś stanach bywa różna i tak w zapaleniu opon mózgowych niska (0,3), w zapaleniu mózgu (0,5), tak samo w arteriosklerozie (0,5), w epilepsji zaś i schizofrenji normalna.

Normalna ilość cukru w płynie mózgowo-rdzeniowym wynosi 45—75 mg. proc. U chorych niespokojnych przychodzić ma do zwiększenia się ilości cukru w płynie a w stuporze do zmniejszenia, w porażeniu postępującem ilość cukru w płynie ma się zwiększać, zmniejszać, dawać wartości różne lub normalne, po leczeniu malarją ilość cukru ma się zwiększać. W kile mózgu występować ma wzmożenie ilości cukru w płynie, norma lub ilości różne, w wiądzie rdzenia wzmożenie, norma lub ilości różne, w zapaleniu opon mózgowych zmniejszenie, w zapaleniu mózgu wzmożenie, w guzach wzmożenie, w epilepsji wzmożenie, obniżenie lub norma; w schizofrenji wzmożenie, w psychozie manjakalno-depresyjnej wzmożenie. W psychozie puerperalnej, amencji poinfekcyjnej, arteriosklerozie mózgu, w otępieniu przedstarczem, podczas i po hyperwentylacji, w diabetes, polyomyelitis

i w tężcu stwierdzono zwiększenie ilości cukru w płynie mózgowo rdzeniowym, a normę w idjotyźmie.

Normalna wartość chlorków wyrażona w Na Cl. wynosi 720 — 750 mg. proc.; stosunek zaś chlorków płynu do surowicy 1,2 (Derien). Kubie twierdzi, że zawartość chlorków w płynie mózgowo rdzeniowym zmienia się wolniej niż w krwi. Wysokie wartości chlorków w płynie mózgowo rdzen. znajduje się w uraemji, chorobach nerkowych, czasem w porażeniu postęp., jak również w epilepsji, lekkie wzmożenie w stwardnieniu rozsianem; zmniejszenie wartości chlorków spotyka się w zapaleniu opon mózgowych i mózgu, czasem w porażeniu postępującem, nasilające się podczas leczenia malarją, w kile mózgu, w epilepsji, w chorea, hydrocephalus, eclampsji, normalne zaś wartości w wiądzie rdzenia i w części przypadków kiły mózgu i w porażeniu postęp. W schizofrenji Sikorska ze mną w połowie przypadków znalazła wartości przekraczające normę (0,71 — 0,80 proc.) Z innych badań chemicznych nad płynem mózgowo rdzeniowym to wzmożenie ilości kwasu moczowego (norm. ilość w płynie 1 — 45 mg. proc.) obserwowano w zapaleniu opon mózgowych w uraemji i porażeniu postępującem. Zamecki znajdował w schizofrenji ilość kwasu moczowego w płynie od 0,140 do 0,429 mg. proc, w padaczce 0,329 do 0,432 mg. proc., w psychozie manjakalno-depresyjnej 0,266 do 0,316 mg. proc., w psychozie puerperalnej 0.350 mg. proc., w otępieniu przedstarczem 0,216 mg. proc., a podczas i po odmie mózgowej systematyczne zwiększenie. Co do innych składników, to w schizofrenji nie znajdowano w płynie cholesterolu lub ślady tylko a wzmożenie w zapaleniu opon mózgowych. Kreatynina ulegać ma zwiększeniu w płynie przy zapaleniu opon mózgowych. Wapno, które normalnie występuje w płynie mózgowym w ilości 4 — 6,6 mg. proc. ulegać ma zwiększeniu w zapaleniu opon mózgowych choć znajdowano tu normę a nawet obniżenie, tak samo zmianie ulegać ma ono w płynie w porażeniu postęp., kile mózgu, parkinsoniźmie i t. p. K. Mg. ulegać ma wzmożeniu w płynie mózgowo rdzen. przy zapaleniu opon mózgowych lub znajdować się ma tu w mormie a nawet obniżać, tak samo zwiększać się tu ma ilość Ph (Smith) a zmniejszać lub być w normie Na (Smith, Lejpold). W alkoholiźmie zwłaszcza w delirium tremens znajdowano w płynie mózgowo rdzeniowym aceton i kwas acetooctowy, tak samo i w cukrzycy. Co do reszty azotowej i aminokwasów, to znaj-

dowano wzmożenie tychże w płynie mózgowo rdzeniowym w zapaleniu opon mózgowych, w porażeniu postęp., w kile mózgu, wiądzie rdzenia, w epilepsji zwłaszcza w status epilepticus, w arteriosklerozie i w uraemji. Wzmożenie ilości lipoidów w płynie mózgowo rdzen. spotykamy w padaczce, głównie podczas napadu w zapaleniu mózgu i opon mózgowych, najsilniejsze w ropnem zapalaniu opon, w procesach kiłowych, w guzach i we wszystkich tych stanach, gdzie przychodzi do rozpadu mózgu, zmniejszenie zaś w hypersekrecjach bez procesów zapalnych np. w wodogłowiu (Knauer, Heidrich).

Wszystkie reakcje koloidalno-chemiczne, których jest wiele w normalnym płynie mózgowo rdzen. wypadają ujemnie, z wyjątkiem reakcji bedźwinowej, w której w 7 i 8-ej probówce normalnie występuje skłaczkowacenie. W patologicznych płynach może nastąpić w tych reakcjach zmiana barwy lub wypadanie (skłaczkowacenie) po stronie lewej (kiła) albo prawej (mening); zdaniem Kafki niema absolutnej specyficzności żadnej krzywej. Niemożliwem wprost jest przytaczanie tu wszystkich autorów i ich wyników na temi reakcjami. Zbierając ogólnie wszystkie wyniki badań kollidalnych nad płynem mózgowo rdzen. można powiedzieć, że wyraźne krzywe wykazują płyny w porażeniu postęp., wiądzie rdzenia, kile mózgu i to po stronie lewej (globulin), po stronie zaś prawej (albumin) w zapaleniu opon mózgowych i mózgu, lekkiej arteriosklerozie mózgu. stwardnieniu rozsianem i guzach mózgu. W alkoholiźmie o ile przychodzi do uszkodzenia systemu nerwowego mogą występować małe kłaczki (Kafka). W psychozach organicznych, niekiłowych występują małe krzywe. W schizofrenji bardzo rzadko mogą występować lekkie ząbki w reakcji złotowej (Golant-Ratner) lub niewielkie krzywe w reakcji mastiksowej i parafinowej (Kaltenbach). W epilepsji wszystkie reakcje wypadają ujemnie. W mongoliźmie mogą występować lekkie zmiany w reakcji złotowej (Riedel, Stevart).

Nad fermentami w płynie mózgowo rdzen. pracowali Draganescu, Lessievivi, Watanabe; zajmowali się oni głównie amylazą, katalazą, oxydazą i antitryptyczną siłą płynu, przyczem zmianę fermentów w płynie mózgowo rdzen. przypisują uszkodzeniom opon mózgowych lub procesom fermentacyjnym w nerwowej parenchymie.

Z hormonów przedewszystkiem szukano w płynie wydzieliny przysadki. K. Schultz w psychozach funkcjonalnych

i organicznych znajdował jakieś substancje, które odnosił do wydzieliny środkowego płatu przysadki. Collin obserwował u ptaków przejście kolloidu przysadki do płynu mózgowo rdzen. Mallossi przypuszcza, że hormon przedniego płatu przysadki nie przechodzi wcale do płynu mózgowo rdzen. Janossy i Horwath opierając się na eksperymentach Trendelenburg'a i Dixon'a badali płyn cystern i wykazywali w nim wydzielinę przysadki, w płynie zaś rdzeniowym znajdowali jej niewiele.

Nad aglutynacją płynu mózgowo rdzeniowego pracował Weil Felix, odnośnie do proteus x 19 w tyfusie osutkowym, nad precypitacją zaś Wincent i Bellot, odnośnie do meningokoków w nagminnem zapaleniu opon. Hemaglutynację w płynie mózgowo rdzeniowym, wykazywali Weil, Kafka i Aronowitsz, przyczem silniejsza występowała ona przy dodatnim odczynie Wasermann'a. Herman i Halberówna znajdowali izohemaglutyniny, odpowiadające grupom krwi w płynie mózgowo rdzen. w zapaleniu opon mózgowych, w guzach i w stwardnieniu rozsianem. Duże znaczenie w psychjatrji mają badania nad hemolizyną w płynie mózgowo rdzeniowym Weil i Kafka wykazali, że w patologicznych płynach znajduje się albo hemolityczny normalny chwytnik (normal. amboceptor) albo kompleks hemolityczny (norm. amboceptorkomplement), pierwszy występuje przedewszystkiem w porażeniu postęp., drugi zaś w ostrych zapaleniach opon mózgowych. Na duże znaczenie tej reakcji zwrócił uwagę Fischer i Poetzl przy kontroli leczenia porażenia postęp. malarją. W wiądzie rdzenia i kile mózgu reakcja hemolityczna jest rzadkością jak również i we wczesnym okresie kiły. Oprócz grupy kiłowej reakcje homolityczne znajdują się w zapaleniu opon mózgowych niekiedy w guzach mózgowych i rdzeniowych, a zawsze jeżeli z jakiejkolwiek przyczyny krew do płynu mózgowo rdzen. przechodzi (apopleksja, ksantochromja, zaburzenia urazowe). Reakcja z kwasem solnym Braun-Gusler'a idzie w paralleli z wartością komplementu płynu. Nad zdolnością rozpuszczania bakterji przez płyn mózgowo rdzen. pracowało wielu i tak Margulies wykazał że płyn sam nie jest baketrjolitycznym, że jednak tę funkcję może posiadać jeśli mu się doda leukocytów, Igekami zaś mówi, że płyn mózgowo rdzen. wywiera bakterjobójcze działanie na różne bakterje i że zdolność ta jest trwałą mimo temperatury uodparniającej a nawet wzmaga się, że pozostaje ona przez miesiąc niezmieniona w cieplarce, że jest przesączalna i może być zni-

szczona przez obojętne i kwaśne reakcje lub przez odbiałczanie.

Co do wiązania dopełniacza, to Wassermann i Plaut na płynach porażeńców wykazali, że wiązanie tegoż prawie w tych samych warunkach występuje w płynie mózgowo rdzen., co i w surowicy krwi. Z początku myślano, że objaw ten odnosi się tylko do porażenia postęp., dopiero Hauptmann i Hoessli wykazali, że także i inne formy kiły mózgu wykazują dodatni odczyn Wassermanna Eicke i Birzo mówią, że odczyn Wassermann'a w płynie mózgowo rdzen. może być osłabiony przez ogrzewanie w większości schorzeń kiłowych centralnego systemu nerwowego z wyjątkiem porażenia postęp Steinfeld zwrócił uwagę na to, że płyn mózgowo rdzen. porażeńców i tabetyków częściej reaguje pozytywnie z wyciągiem alkoholowym mózgu aniżeli krwi i odnosi to do reakcji antyciał na rozpad lipoidów mózgu. Nad pytaniem, czy powstawanie odczynu Wassermann'a jest miejscowem czy hematogennem dyskutowano wiele, praktycznie jest to jednak bez znaczenia. Wedle nowych teorji Sachs'a, Weil'a i Klopstocka należy przypuszczać, że odczyn Wassermann'a wywołany jest przez rozpad lipoidów z tem, że nie odnosi się to do każdego płynu. Z dodatnim odczynem Wassermann'a oprócz wspomnianych schorzeń kiłowych spotykamy się jeszcze w chorobie krajów gorących t. zw. śpiączce.

W pewnej łączności z wyżej wspomnianemi badaniami pozostają t. zw. reakcje skłaczkowacenia (Flockunkgsr. akt.) odnośnie do płynu mózgowo rdzeniowego. Reakcje Sachs-Georgi i Meinicke'go można i tu przeprowadzać, wypadają zaś one podobnie jak w surowicy krwi. Reakcje zmętnieniowe (Trübungsreak.) z płynem mózgowo rdzen. prawie w cale nie udają się.

Toksyczność płynu mózgowo-rdzen. stwierdzili w padaczce różni autorzy i tak Claude mówi, że płyn mózgowo-rdzen. zebrany po napadzie epileptycznym i zastrzyknięty doczaszkowo śwince morskiej jest dla niej trujący.

Co do badań nad przepuszczalnością opon, których metod jest wiele, to zwiększenie przepuszczalności opon znajdowano w schorzeniach kiłowych i przedstarczych. W schizofrenji Walter i Hauptmann znajdowali również zaburzenia przepuszczalności, Kafka zaś granice normalne. Ostatnio wielu autorów stwierdziło naogół zwiększenie przepuszczalności w czasie temperatury przy leczeniu malarją porażenia postęp. Dretler zwraca uwagę

na wzrost poziomu współczynnika przepuszczalności po leczeniu malarją równolegle z poprawą stanu psychicznego i cofaniem się dodatnich odczynów białkowych i pleocytozy. Modrakowski i Wilczkowski badali przepuszczalność ośrodkowej barjery nerwowej w sztucznej alkalozie i acidozie w porażeniu postęp. i schizofrenji i znajdowali w alkalozie obniżenie lub wzmożenie współczynnika przepuszczalności, w acidozie wzmożenie, w stanie zaś zwykłym normę. Wedle dzisiejszego stanu badań rózróżniamy fizjologiczne wahania w przepuszczalności (menstruacja i ciąża) i patologiczne (zaburzenia gruczołowe, schizofrenja), których miejscem mają być sploty naczyniaste i takie, które wywołane są przez miejscowe zaburzenia opon mózgowych. Celem badania przepuszczalności przeprowadzono badania porównawcze płynu komór, cystern i płynu rdzeniowego. Schmorl znajdował odczyn Wassermann'a silniejszy w płynie rdzeniowym niż cysternowym. Kafka badał reakcje hemolizonowe i znajdował je równe we wszystkich płynach, odczyn zaś Wassermann'a w płynie komorowym trzy razy słabszy niż w płynie lędźwiowym. Dahlström i Wideroe przeprowadzili reakcje złotowe i znajdowali słabszą lub normalną reakcję w płynie komorowym. Cestan i Riser znajdowali płyn komorowy bogatszy w cukier a uboższy w albuminy niż płyn lędźwiowy. Weigeldt badając płyny komór, cystern i lędźwiowy wkrótce po śmierci znajdował zmniejszenie ciężaru właściwego w płynie komorowym. Amerykańscy autorzy mówią, że płyn komorowy bogatszy jest w cukier, płyn zaś lędźwiowy ma wyższy ciężar właściwy i większą ilość białka. Ayer i Salomon badali porównawczo płyn komór i lędźwiowy u porażeńców i znajdowali w płynie komorowym wyniki słabsze. Svitt i Ellis przeprowadzili porównawcze badania nad płynem przy zapaleniach opon i tak w kiłowych znajdowali w płynie komór ilości ciałek i białka mniejsze, jak również odczyn Wassermann'a i reakcję złotową słabszą, płyn zaś cystern znajdowali podobny do płynu lędźwiowego; w gruźliczem zapaleniu opon mózgowych płyn cystern zawierał więcej komórek i bakteryj niż płyn lędźwiowy, w ropnem zaś obraz był odwrotny t. j. więcej bakteryj a mniej komórek. Kafka w jednym przypadku w napadzie paralitycznym w płynie lędźwiowym znajdował wszystkie wyniki silniejsze niż w płynie cystern. O stanie w korowej przestrzeni podpajęczynówkowej (subarachnoidea) literatura jest skąpa. Berich i Eskuchen przy swoich punkcjach orbitalnych znajdowali, że płyn tych prze-

strzeni zawierał więcej komórek i białka niż płyn rdzeniowy, potwierdził to również Weigelt, który znajdował w porażeniu postęp. i w kile mózgu reakcje Nonne'go i Pandy'ego w płynie korowej przestrzeni podpajęczynówkowej silniejsze niż w płynie rdzeniowym. Sprawą uwarstwienia płynu w przestrzeni podpajęczynówkowej rdzenia zajmowali się różni autorzy. O. Fischer wykazał, że wynik nakłucia lędźwiowego nie może mówić o jakości całego płynu mózgowo rdzen., gdyż zależnie od nacieczenia opon na różnych wysokościach znajdował różny płyn, zależny w jakości od tego nacieczenia. Neu, Hermann, Walter znajdowali różne ilości całego białka i komórek na różnych wysokościach, przyczem w głębszych częściach znajdowali znacznie większe wartości. Badania Kafki nad odczynem Wassermann'a i hemolizynowym dają podobne wyniki. Weinberg znajdował różnice w całkowitej ilości białka i w odczynie Wassermann'a, przyczem twierdzi, że słup płynu przybiera na koncentracji idąc od części szyjnej do lędźwiowej, co wyrażać się ma w ilości białka, w ciężarze właściwym, w reakcjach kolloidalnych i odczynie Wassermann'a, radzi więc brać płyn dla celów djagnostycznych z różnych wysokości. Badania te uzupełnili Metzdorff, Loebel, Jacobeus, Bingel, König, Stein, Spiegel, Pette, Kafka i inni. Odnośnie do tego działu wielkie znaczenie mają badania Ayer'a i Salomon'a nad zablokowaniem rdzeniowej przestrzeni podpajęczynówkowej przez całkowite lub niecałkowite przerwanie komunikacji. Przy zupełnem przerwaniu komunikacji płyn lędźwiowy wykazuje silne zwiększenie ilości białka (90 — 800 mg. proc.), podczas gdy zmiana w płynie cystern jest znacznie mniejsza (42 — 68 mg. proc.). Przy zupełnem zamknięciu komunikacji płyn jest zawsze żółty, przy niezupełnem zaś nie zmienia barwy; podobne zmiany występują i w guzach.

Chcąc wyczerpać wszystkie dotychczasowe spostrzeżenia i badania nad płynem mózgowo rdzen. wspomnę o istniejących syndromach odnośnie do płynu mózgowo rdzeniowego. Syndrom Nonne'go, występuje przy zaburzeniach komunikacji rdzeniowej przestrzeni podpajęczynówkowej i polega na wyraźnem wzmożeniu całkowitej ilości białka bez pleocytozy. Syndrom Froin'a odnosi się do tych samych zaburzeń a polega na tem, że płyn jest ksantochromiczny, łatwo krzepnący, kłaczkowaciejący, wykazując mało komórek a duże ilości białka. Eskuchen

opisał syndrom dla zapalenia śpiączkowego mózgu, którego podstawę stanowi rozszczepienie komórkowo - globulinowe i wzmożenie ilości cukru w płynie mózgowo rdzeniowym. Kafka opisał syndrom dla zmian naczyniowych w kile mózgu (endarteritis luetica) polegający na różnicy współczynnika białkowego pomiędzy tem schorzeniem a porażeniem postępującym.

Literatura.

O. Bielawski — Przyczynek do patolog. humoralnej w katatonji Now. Psych. r. I.

St. Zamecki — Chemizm krwi u psychicznie chorych. Nowiny Psych. r. I n. g. 1924.

Fr. Goebel — Badania nad zachowaniem się cholesterolu w płynie mózgowo - rdzen. i krwi w chorobach umysłowych. Medyc. Dośw. i Społ. I. I. Z. 1-2, 1924.

A. Sikorska — Schizofrenja w świetle niektórych badań serologicznych Rocznik Psychjatryczny z. V.

X. Carière — Uber die Linksverschiebung in Blutbild der schizophrenen. Z. f. d. g. N. u. Ps. Band. 135.

Arist Stender — Blutbildung an Paralytikern untern besonderer Berücksichtung der Lymphocytenbewegungen vor und nach Impłmalaria. Z. f. d. g. N. u. Ps. Band. 121.

W. Sagel – Egine Erfahrungen über das weisse Blutbild und seinen Wert für die Psychiatrie Z. f. d. g. N. u. Ps. Band. 125.

M. Erlichówna i B. Hellerówna — Badania nad białemi ciałkami krwi w ostrych chorobach zakaźnych układu nerwowego. Księga Jub. E. Flataua. 30 r.

Schottky, Johannes — Die Blutkörpersenkung bei Geistes und Nervenkranken. Z. f. s. N. u. Ps. Band. 133.

Siwiński — Opadanie czerwonych ciałek krwi w chorobach umysłowych. Streszczenie Now. Psych. R. I.

N. P. Wolochow — Die Senkungsrelationen der Erythrocyten bei Nervenkrankheiten. Z. f. d. s. N. u. Ps. Band. 127.

A. Friedmann — Uber die Bedeutung der Senkungsreaktionen bei Nervenkrankheiten. Z. f. g. N. u. Ps. Band. 119.

J. Handelsmann — Próby leczenia schizofrenji metodą Walbuma. Warsz. Cz. Lek. Nr. 35 r. 1928.

H. Makower — Krzepnienie krwi a zjawiska serologiczne. Warsz. Cz. Lek. Nr. 6 i 7 r. 1932.

Z. Górecki — Wpływ niektórych zabiegów leczniczych na odczyn skłaczania osocza krwi. Polska Gaz. Lek. Nr. 29 r. 1925.

E. Wilczkowski — Badania konstytucyjnych serologicznych grup krwi u schizofreników i porażeńców. Roczn. Psych. z. V.

Amzelówna i Halberówna — Badania nad odcz. Wassermann'a w związku z konstytucyjnemi własnościami krwi. Med. Dośw. i Społ. I. V. Z. 3-5 1925.

Halberówna i Mydlarski — Badania nad grupami serologicznemi w Polsce. Med. Dośw. i Społ. I. IV. Z. 3-6, 1925.

Hirszfeld — Zagadnienia konstytucjonalizmu w świetle badań serologicznych. Med. Dośw. i Społ. I. III z. 5-6 1924.

Straszyński — Zachowanie się odcz. Bordet — Wassermann'a w kile leczonej u osobników różnych grup serologicznych. Med. Dośw. i Społ. I. V. z. 5-6 1925.

O. Grauberg-Rosentalowa i E- Herman — Badania nad grupami krwi w schorzeniach układu nerwowego. Księga Jub. E. Flataua. 1930.

A. Sikorska — Zaburzenia równowagi rozpyłkowej w surowicy schizofreników. Rocznik Psychj. z. V,

J. Medem — O zespołach odczynów płynu mózg. rdzen. w chorobach nerw. i umysł. i ich znaczeniu rozpoznawczem. Rocznik Psychj z. VII.

P. Szpilman-Neudingowa — O znaczeniu djagnostycznem badania płynu mózgowo-rdzen. Warsz. Cz. Lek. Nr. 9 r. 1932.

V. Kafka — Funktionellgenetische Liquoranalysen. I. Mit. Z. f. d. g. N. u. Ps. Ban. 135.

V. Kafka — Funktionellgenetische Liquoranalysen II. Mitt. Z. f. d. g. N. u. Ps. Band 137-

Jonscher — Badania chemiczne i refraktometryczne płynu mózg. rdzen. u dzieci. Warsz. Ks. pamiątk. Wszech. Warsz. 1916.

H. Knauer u. L. Geidrich — Liquorlipoide. Z. f. d, g. N. u. Ps. B nd 136.

Fr. Lickint — Das Vorkommen von Bilirubin im Liquor cerebrospinalis. Z. f. d. g. N. u. Ps. Band 136.

D. S. Fnter u. W. S. Weilend — Der Kalium — Calcium Umsatz bei Nerven und Geisteskrankheiten Z. f. d. g. N. u. Ps. Band 133.

F. Halpern — Uber Stickstoff und Eiweissverhältnisse im Liquor cerebrospinalis. B. 121. Z. f. d. g. N. u. Ps.

Kafka, Riebeling, Samson — Die Eiweissreiationen im Liquorcerebrospinalis Z. f. d. g. N. u. Ps. Band 131.
A. Kulkow - M. Tarnopolskaja — Gasanalitische Untersuchungen iu Liquor cerebrospinalis bei Nervenkrankheiten (Alkalirezerve). Z. f. d. g. N. u. Ps. Band 126.
C. Riebeling — Untersuchung über das spezifische Gewicht des Liquor cerebrospinalis. Z. f. d. g. N. u. Ps. Band 135.
E. Klemperer i M. Wissmann — Untersuchungen über den Kohlensäure und Zuckergehalt des Liquor cerebrospinalis sowie Blutzuckerbestimmungen bei Erregungs und Hemmungszuständen. Z. f. d. g. N. u. Ps. Band 131.
S. Scherawsky u. A. Mendelboim — Zucker und Chloride des Liquor cerebrospinalis und ihre Klinische Bedeutung. Z. f. D. g. N. u. Ps. Band 123.
Nowicka — O zawartości chlorków w płynie mózgowo rdzen. i ich znaczeniu rozpoznawczem w schorzeniach oponowych Polska Gaz. Lek. 1924 nr. 20.
Riebeling — Interferometrische Untersuchungen des Liquor cerebrospinalis· Z. f. d. g. N. u. Band 123.
Sachs, Witebsky — Uber des Verhalten des Liquor-cerebrospinalis bei den Flockungsreaktionen auf Syphilis. Z. f. d. g. N. u. Ps. Band 128.
Keel, Oxel, u. Dickmeiss — Der diagnostische Wert der Kolloidreaktion in der Cerebrospinalflussigkeit im Vergleich zur qualitativen Globulin Totaleiweissbestimmung nach Brandberg — Stolnikow — Rosse — Jones — Eisgaardt. Z. f. g. N. u. Ps. Band 133.
M. Landsberg — O koloidoklazji. Med. Dośw. i Społ. I. I. z. 1 — 2, 1923.
A. Straszyński — O znaczeniu chwiejności koloidalnej ciał białkowych krwi w odczynach serologicznych. Med. Dośw. i Społ. T. III. z. 3 — 4 1924.
J. Czarnetzki — Beitrag zür Klinisch diagnostischen Ausvertung der Mastixreaktion des Liquorcerebrospinalis. Z. f. d. g. N. u. Ps. Band 133.
Leśniewski — O wartości klinicznej odczynu benzoesowego. Polska Gaz. Lek. 1924 Nr. 41.
E. Blum — Die Takata-Ara-Reaktion. Z. f. d. g. N. u. Ps. Band 121
N. Issajewicz — Odczyn Takata-Ary. Księga Jub. E. Flątaua 1930 r.

W. Schmitt — Einige Beobachtungen über die Emanuel-Rosefedsche Lumbocerebrospin. reakt. Z. f. d. g. N. u. Ps. Band 121.

W. Schmitt — Die Reaktionen von Nonne Apelt, Pandy, Weichbrodt an reinsten Serumeiweisskörpen. Z. f. d. g. N. u. Ps. Band 128.

D. Schrijver — Untersuchungen über Urobilinbildung und Auscheidung bei Psychozen. Z. f. d. g. N. u. Ps. Band 118.

J. Dretler — Wpływ leczenia malarją na przepuszczaloość opon mózg. rdzen. u paralityków. Rocznik Psychj. z XVII.

Prussak i Prussakowa — O przepuszczalności barjery nerwowej w chorobach nerwowych i umysłowych. Warsz. Czas. Lek. Br. 3 i 4 1927.

J. Modrakowskiei E. Wilczkowski — Przepuszczalność ośrodkowej barjery nerwowej w stanach sztucznej alkalozy i acydozy u 4-ch chorych psychicznie. Nowiny Psychj. r. VI(1 — 2.

V. Kafka — Serologie der Geisteskrankheiten, Handb. d. Haut- und Geschl. krank. T. XVII/I.

V. Kafka — Serologie der Geisteskrankheiten. Handb d. Geistkrank T. III.

V. Kafka — Taschenbuch der praktischen Untersuchungsmethoden der Körperflüssigkeiten bei Nerwen und Geisteskrankheiten r. 1927.

H. Claude — Le liquide céphalo rachidien dans les Maladies mentales. Rev. neur. T. II r. 1930.

A. Beck — Podręcznik fizjologji.

Axel. Noel, Dichmeiss — Der diagnostische Wert der Goldsol-Reaktion sowie ein Vergleich zwischen den Kurven bei der Goldsol-reaktion und Globulin-Tojaleiweissbestimmungen in der Cerebrospinal-flüssigkeit nach Brandberg-Stolnikow - Ross - Jones - Bisgaard. Z. f. d. s. N. u. Ps. Band 122.

Ch. Aelard. A. Codounis i E Hedjigeorges — Recherches sur le mécanisme de la sédimentation globulaire. Arch. des Mal. du Coeur Nr. 11 1931.

E .Wilczkowski — Badania genealogiczne konstytucyjnych grup serologicznych krwi kilku rodzin, obarczonych chorobami umysłowemi.

La sérologie et les maladies mentales.

La sérologie rencontre en psychiatrie encore de très grandes difficultés. Ces difficultés dépendent d'une classification peu précise encore ainsi que de l'insuffisance de nos connaissances étiologiques, ainsi par exemple quand nous parlons de psychoses endogènes ou quand il s'agit de distinguer une psychose exogène d'un état exogène également mais non accompagné de troubles mentaux comme cela a lieu dans la syphilis. A ces difficultés cliniques vient se joindre encore l'imperfection de nos méthodes sérologiques. En psychiatrie on fait des examens sérologiques avant tout avec le sang, le liquide céphalo — rachidien et dernièrement aussi avec les sels du corps. Presque toutes les entités cliniques ont été axaminées à l'aide de ces méthodes; les résultats obtenus ont été variables.

KONGRESY.

XII Zjazd Psychjatrów Polskich
w Białymstoku i Choroszczy w dn. 14 — 16. V. 1932 r.

Sprawozdanie

opracował Dr. STANISŁAW ŚWIERCZEK — Dziekanka.

Po otwarciu Zjazdu w sali obrad Magistratu Białegostoku, przez Przewodniczącego Komitetu Organizacyjnego, oraz po przemówieniach przedstawicieli władz, wybrano przewodniczącym Zjazdu prof. Mazurkiewicza, który zaprosił do prezydjum prof. Borowieckiego, prof. Baleya, dyr. Sochackiego, dyr. Łapińskiego, dyr. Fuhrmana, a do sekretarjatu Dr. Bobrowską, Dr. Kulikowską, Dr. Malinowskiego, Dr. Szpakowskiego i Dr. Świerczka. Następnie rozpoczęły się obrady. Referaty główne (na temat zasadniczy).

I. Dzień.

1) Prof. Mazurkiewicz (Warszawa): BIOLOGICZNE ELEMENTY CHARAKTERU. (Streszczenia nie nadesłano).

2) Doc. Zieliński (Kraków): KONSTYTUCJA I CHARAKTER. (Streszczenia nie nadesłano).

3) Prof. Baley (Warszawa): CHARAKTER NORMALNY. (Streszczenia nie nadesłano).

4) Prof. Borowiecki (Poznań): PATOLOGJA CHARAKTERU. (Streszczenia nie nadesłano).

5) Dr. Sterling (Warszawa): PATOLOGJA CHARAKTERU W ŚWIETLE NAUKI O WYDZIELANIU WEWNĘTRZNEM (Streszczenia nie nadesłano).

6) Dr. Bornsztajn (Warszawa): CHARAKTER W ŚWIETLE TEORJI PSYCHOANALITYCZNEJ. (Str. nie nadesłano).

II. Dzień.

1) Dr. Batawia (Warszawa): ROZWÓJ CHARAKTERU PRZESTĘPCZEGO. (Streszczenia nie nadesłano).

2) Dr. Nelken (Warszawa): PATOLOGJA CHARAKTERU W OŚWIETLENIU SĄDOWO - KARNEM. (Autoreferat).

Autor stara się określić, co daje dla nauki o charakterze wogóle klinika psychjatryczna, a zwłaszcza dział o t. zw. psychopatji, czyli o charakterze psychopatycznym. Wspominając o syntonikach, schizoidach i gliskroidach, zaznacza już z góry ogromne znaczenie t. zw. cech padaczkowatych, charakteru psychopatycznego wśród osobników kryminalnych. Daje przykłady podziałów różnych typów psychopatycznych, klasyfikację Kahna specjalne klasyfikacje dystimików i typów introwertowanych, zastanawia się nad nauką o charakterze w świetle poglądów Freuda, Junga i Adlera, ujmując specjalnie poglądy szkoły psychoanalitycznej na istotę charakteru przestępczego. Przechodząc na teren praktyczny, na teren psychopatologji i psychjatrji sądowej, autor zwraca się do poglądów Birnbauma, podkreślając, że badanie charakteru psychopatycznego sprowadza się przedewszystkiem do badań nad strukturą uczuciową psychopatów. Patologiczny defekt moralny, oraz patologicznie wzmożona afektywność, są to dwie najczęstsze cechy charakteru psychopatycznego. Rozpatrując dalej szczegółowo typy padaczkowe kryminalne (bierny aspołeczny typ padaczkowy, agresywny, brutalny typ padaczkowy, typ zwyrodniałego epileptoida, oraz typ padaczkowo - urazowy) autor zajmuje się szczegółowo ujęciem typu padaczkowego, cytując odnośne poglądy Gruhlego. W dalszym ciągu zajmuje się poglądami na zespoły charaterologiczne, padaczkowe Kretschmera, Mauza i Roemera, oraz krytyką tych podziałów Delbruecka, podkreślając ogromne znaczenie dla działań przestępczych t. zw. zespołu wybuchowego, oraz negacją objawów przestępczych przy t. zw. „zespole niespołecznym“. W dalszym ciągu autor podaje w krótkości podział kryminal-

nych psychopatów według Birnbauma, oraz przedstawia usiłowania szkoły heidelberskiej (Gruhle, Willmans, Wetzel) w kierunku przedstawienia przeciętnego typu przestępcy. Wracając przy końcu do poglądów Kronfelda, autor zgadza się z nim, że typy charakteru, które daje psychopatologja sądowa nie są teoretycznie wyjaśnione, ani też sprowadzone do jednego charakterologicznego mianownika. Są natomiast, jak to przyznaje sam Kronfeld, prawdziwe, życiowo bliskie i plastyczne i odpowiadają bardziej istotnym różnicom obserwowanych typów, niż mogłaby to osiągnąć konstrukcja teoretyczna.

3) Doc. Łuniewski (Tworki): PATOLOGJA CHARAKTERU W OŚWIETLENIU SĄDOWO-CYWILNEM. (Streszczenia nie nadesłano).

Odczyty.

4) Dr. Wize (Dziekanka): CHARAKTER W UJĘCIU PSYCHOLOGICZNEM I FIZJOLOGICZNEM. (Autoreferat. (Drukowane: Nowiny Psychjatryczne, r. 1932, kw. I-II).

Po krótkim wstępie historycznym, dotyczącym nauki o charakterze, przechodzi autor do określenia trzech działów tejże nauki, mianowicie fenologji, genologji i ekologji. Fenologja charakteru stwierdza korelacje między charakterem, a konstytucją cielesną. Fenologja charakteru, to nauka o objawach doraźnych. W genologji charakteru chodzi o pierwiastki złączone z rozwojem charakteru u gatunku. Naukę o wpływie otoczenia na charakter nazywa filozofja ekologją charakteru. Z powyższych rozważań wynikają odpowiednie wskazania praktyczne, znajdujące się w części końcowej pracy.

5) Dr. Dreszer (Warszawa): O DZIEDZICZNYCH ŹRÓDŁACH CHARAKTERU. (Streszczenia nie nadesłano).

6) Dr. Dretler (Kobierzyn): BADANIA NAD KONSTYTUCJĄ I CHARAKTEREM W ZESPOŁACH PARANOICZNYCH OBJAWOWYCH. (Autoreferat).

Jako zespoły paranoiczne objawowe określa ref. takie zespoły z usystematyzowanemi urojeniami, które pojawiają się w przebiegu psychoz objawowych. Spotkał je ref. w 16 proc. swojego materjału klinicznego.

Badania nad dziedzicznością przeprowadzone na rodzinach tych chorych, wykazały, że nie mamy jakiegoś wyraźnego obarczenia psychotycznego, pozatem nie ma zaś specjalnego

obarczenia do reakcyj paranoicznych. Istnienie schizofrenji w rodzinach tych chorych nie jest częstsze, niż u osobników zdrowych.

Badania nad budową ciała wykazały: lekka przewaga elementu pyknicznego. wyrażona w uformowaniu się głowy, tułowia i kończyn, zmniejsza się jeszcze bardziej, gdy badamy powłoki skórne, uwłosienie. i t. d.

W badaniach nad temperamentem stwierdzono lekką przewagę elementu manicznego.

Rozważania nad charakterem przeprowadzono metodą Ewalda i Klagesa. Zdołano wykazać daleko idącą zgodność w rezultatach, obu metod. W odniesieniu do naszych chorych nie można mówić o jakimś jednolitym charakterze paranoicznym. Istnieją tylko wzmożone reakcje na pewne przeżycia, uwarunkowane nasileniem życia uczuciowego u naszych chorych wzmożeniem samopoczucia, i t. d. Rozważania teoretyczne na temat charakteru i referaty główne na Zjeździe (Baley) potwierdzają spostrzeżenia autora.

7) Dyr. Piotrowski (Dziekanka): TYPY SCHIZOFRENICZNE. (Autoreferat).

Zasadniczą cechę psychozy stanowi rozluźnienie się kojarzeniowego związku pomiędzy poszczególnemi składnikami psychicznemi przy zachowanej świadomości. Elementy psychiczne — i deatywne, afektywne i reaktywne — pozostają nienaruszone; nie zanikają, ale nie działają współmiernie. Istnieje rozdźwięk między niemi, brak harmonji, niema działania adekwatnego. Schizofrenje, to psychozy kwalitatywne. Najcharakterystyczniejszemi postaciami schizofrenicznemi są dwa typy chorobowe, mianowicie hebefrenja i schizofazja. Obie posiadają zasadnicze cechy schizofreniczne, różnią się między sobą diametralnie pod względem charakteru. Hebefrenik jest wyniosły, arogancki nieprzystępny, samotny, mrukliwy, złośliwy, gniewliwy, drażliwy, zaczepny. wybuchowy, niechętny do pracy, niezadowolony, skłonny do pieniactwa, niesympatyczny. Kontakt z nim nie jest łatwy. Jaskrawe przeciwieństwo do niego przedstawia schizofazyk. O ile nie znajduje się w ostrym okresie choroby, n. p. pomieszania, albo w stanie manjakalnego podniecenia, jest przystępny, spokojny, pogodny, łagodny, wesoły, zadowolony, przyjazny, dobrotliwy, posłuszny, chętny, pracowity, uległy, gadatliwy, sympatyczny. Kontakt z nim jest łatwy i przyjemny.

8) Dr. Drohocki (Kraków): PRÓBA NOWEJ TYPOLOGJI. (Autoreferat).

Wszystkie dotyczasowe typologje grupują ludzi na podstawie podobieństwa cech *dowolnie wybranych*, stworzywszy *poprzednio z góry* z kombinacji tych cech ograniczoną ilość typów. Do tak stworzonych *poza doświadczeniem* typów, wtłacza się osobniki najzupełniej różnorodne, tylko z racji posiadania zespołu cech odpowiadającego jakiemuś typowi, pozatem jednak dla danego osobnika zupełnie niecharakterystycznych. Jest to podział raczej logiczny, niż typologiczny. Bada się szereg osobników na posiadanie, lub nieposiadanie jakiejś dowolnie z góry wybranej cechy.

Każdy człowiek ma silną wolę, lub niema silnej woli; każdy człowiek posiada wysoce zróżnicowaną inteligencję, lub jej nie posiada itd. itd.

Możemy z tych i innych dowolnie wybranych cech — faktycznie zresztą istniejących — stworzyć pewną matematycznie obliczoną ilość kombinacyj; każdą kombinację nazwać typem, w każdym typie umieścić szereg różnych pozatem osobników. Bogactwo *ilościowe* gromadzonych przez nas indywiduów jest oczywiście bez wpływu na tak stworzoną przez nas typologję. Niezmieniona może trwać nieskończenie, obejmując wszystkich bez wyjątku ludzi, ponieważ jest logiczną niemożliwością, aby istniał osobnik, który niespełnia jednego z dwu postulatów: mieć silną wolę, lub nie mieć silnej woli.

Bogactwo *jakościowe* napływających nowych osobników jest bez wpływu na taką typologję, ponieważ jakości inne, niż *z góry przyjęte* nie są uwzględniane.

Wszystkie zatem dzisiejsze typologje tworzą typy z góry na podstawie dowolnie przyjętej, niezmiennej dla wszystkich badanych ilości i jakości cech.

Niektóre z nich sprowadzają oprócz tego faktycznie istniejące, uchwytne i dostępne badaniu właściwości jak: zazdrość mściwość, tchórzostwo, wdzięczność itd. do najprostszych funkcyj jakoby zasadniczych (Pfahler, Ewald, Kretschmer i inni), które są tylko formalnemi abstrakcjami (n. p. retencyjność), a nie cechami rzeczywistemi.

Bezużyteczność takich cech formalnych, pozbawionych treści, jak retencyjność, intrapsychiczna aktywność, itd. uderza przy pierwszej próbie stosowania ich. Okazuje się, że ten sam

osobnik jest retencyjnym, lub nie jest retencyjnym, zależnie od tego, którą z jego właściwości rozpatrujemy: zazdrość, czy niewierność, mściwość lub lekkomyślność.

Pozatem rozpatrywanie dziedzicznościowe wyklucza posługiwanie się takiemi abstrakcyjnemi cechami, ponieważ nie dziedziczy się retencyjności, tylko zazdrość, lub mściwość. Nie dziedziczy się po zazdrości (rodzice) mściwości (dzieci), lecz po zazdrości — zazdrość. Nie dziedziczy się równoczesnej skłonności do wszystkich z retencją jakoby związanych właściwości, jak zazdrość, mściwość, wierność i wdzięczność, lecz cechy te występują niezależnie od siebie.

Pfahler słusznie żąda sprowadzenia niejasnych, wielozdeterminowanych, kompleksowych właściwości, jak solidarność, uczciwość, do prostszych jakości. Niema jednak racji, gdy zamiast szukać tych *najprostszych, podstawowych uchwytnych cech biologicznych* — stwarza abstrakcje, t. zw. cechy formalne, pozbawione treści. Zamiast szukać jakiejś samodzielnie występującej dziedziczącej się właściwości, zamiast szukać jakiejś fenotypicznej jednostki, Pfahler operuje nieistniejącemi cechami.

Wszystkie typologje oparte na zespołach cech abstrakcyjnych, są bezużyteczne.

II.

Ostatecznym celem psychologji jest opracowanie metod wzbudzania, niweczenia i przewidywania właściwości psychicznych, a to przez poznanie warunków i praw powstawania, lub zanikania tych właściwości.

Typologja wyznaczników, którą chciałbym przeciwstawić dotychczasowym systemom, dąży do takiego ugrupowania materjału ludzkiego, które pozwoli przedewszystkiem *przewidywać* globalną linję zachowania się poszczególnych osobników, lub całych grup.

(Typologja oparta na wyznacznikach, nie uwzględnia poszczególnych sytuacyj, tylko całokształt specyficznej linji reakcyjnej badanego).

Nowa metoda typologji opiera się na przyjęciu za podstawę podziału t. zw. *wyznaczników,* t. j. tych właściwości, które ze względu na częstość, siłę i odporność, determinują całokształt zachowania się poszczególnych osobników, i dozwalają reakcje ich przewidywać.

Objaśnienie: częstość = ilościowy stosunek występowania cechy badanej do reszty właściwości osobniczych — podany w procentach.

Siła = zdolność eliminowania działań innych właściwości, wzgl. zdolność opierania się takiej eliminacji.

Odporność = zdolność trwania w warunkach niepomyślnych dla danej właściwości.

Wyznacznikiem może być każda cecha fenotypu. *Ilość* wyznaczników jest zależna od stosunków w każdym konkretnie rozpatrywanym wypadku, *jest więc nieograniczona. Wybór* tej, czy innej *jakości* psychicznej za wyznacznik nie jest dowolny, lecz ściśle uwarunkowany celem typologji (przewidywanie) i objektywnie stwierdzalnemi danemi (siła, częstość, odporność). *Ilość i jakość wyznaczników* jest zatem *zmienna* w przeciwieństwie do wszystkich dotychczasowych systemów. Pozwala to na stworzenie wielkiej ilości typów i zapobiega stłaczaniu w ograniczonej ilości grup szeregu osobników różnych.

Wyznaczniki mogą posiadać pewne właściwości (moment plastyczny), które działanie ich modyfikują, nadając im swoiste piętno. Mogą przedewszystkiem tworzyć pomiędzy sobą trwałe połączenia, konglomeraty, które determinują linję postępowania odmiennie, niż te same wyznaczniki niepołączone ze sobą. Połączenia te mogą być sytuacyjnie umotywowane, psychologicznie zrozumiałe zespolenia. Mogą to być jednak niezrozumiałe psychologicznie, w związki biologiczne, konstytucyjnie uwarunkowane sprzężenia. Prawdopodobnie większość połączeń, pozornie zrozumiałych, da się z biegiem czasu sprowadzić do biologicznych sprzężeń.

Przykład łączności wyznaczników: zazdrość, nieufność ostrożność — więc związki sytuacyjnie umotywowane, = *zespolenie*. Zazdrość, skąpstwo, lekkomyślność, — więc związki sytuacyjnie niezrozumiałe = *sprzężenie*.

Wyznaczniki mogą silniej lub słabiej *promieniować* i na inne dziedziny życia psychicznego. Promieniowanie to może być mniej, lub bardziej rozległe, mniej lub bardziej trwałe. Promieniowanie jest podstawą integracji.

Promieniowanie, a więc oddziaływanie na inne dziedziny, może być podniecające, lub hamujące.

Przykłady promieniowania wyznaczników: hamujące: zazdrość hamuje współczucie, towarzyskość, tchórzostwo itd. Pod-

niecające: zazdrość podnieca nieufność, ostrożność, chytrość, mściwość; współczucie podnieca — mściwość, ambicja — odwagę, bezwzględność.

Łączność i promieniowanie pozwalają przewidywać odmienność zachowania się w stosunku do działania tych samych wyznaczników, — niepołączonych i niepromieniujących.

Jako dalsze momenty plastyczne, należy przytoczyć stabilizację, kierunkowość, rytmikę i stopień zróżnicowania wyznacznika, które działaniu wyznacznika nadają specyficzne zabarwienie.

Wyznaczniki tego samego zespołu mogą tworzyć pomiędzy sobą charakterystyczne, typologiczne *grupy czynnościowe* (konstytucyjnie uwarunkowane czynnościowe związki wyznaczników). W każdej grupie istnieje wyznacznik centralny, który nadaje kierunek podporządkującej mu się reszcie grupy.

Przykłady grup: chciwość, odwaga, upór, urazowość, bez względność, mściwość.

W zespole tych sześciu wyznaczników pierwsze i drugie trzy cechy, tworzą pomiędzy sobą dwie grupy.

Możliwe i spotykane w konkretnych wypadkach są i takie związki: chciwość, bezwzględność, upór, urazowość, mściwość, odwaga.

Specyficzność działania danej grupy zależy od tego, który z wyznaczników jest wartością centralną, więc czy chciwość, czy upór, urazowość, lub mściwość itd. itd., czyli grupy złożone z tych samych wyznaczników mogą mieć różne centra.

Działanie pewnych wyznaczników, lub grup w obrębie tego samego zespołu, może być zgodne, przeciwne, niezależne, lub też w jakikolwiek inny sposób swoiste dla rozpatrywanego typu.

Przykłady: seksualizm i współczucie = niezależne mściwość, bezwzględność = zgodne, ambicja, tchórzliwość, towarzyskość, nieufność = przeciwne, towarzyskość, urazowość, tendencja do izolacji, towarzyskość, ambicja, intryganctwo, tworzą charakterystyczne związki.

Najsilniej zaakcentowany typologicznie charakterystyczny związek wyznaczników, — jest podstawą — *odniesienia zasadniczego.*

Przykłady: przewaga chciwości, seksualizmu, bezwzględności i odwagi stwarza odniesienie ekspanzywne: równe nasi-

lenie ambicji i tchórzliwości — stwarza — jako odniesienie zasadnicze konfliktowość; przewaga urazowości, nieufności, tchórzliwości — jest podstawą odniesienia reakcyjnego.

Różne grupy tego samego zespołu, mogą posiadać to samo nasilenie, tę samą częstość i tę samą odporność. Wtedy powstaje parę różnych odniesień zasadniczych, które znowu mogą być pomiędzy sobą zgodne, przeciwne, niezależne, lub tworzą związki specyficzne. Możność równoczesnego rozpatrywania tego samego zespołu, wyznaczników, z punktu widzenia różnych odniesień zasadniczych, jest podstawą *wielowymiarowej struktury typologicznej*.

Ilość i jakość stosunków, które tworzyć mogą pomiędzy sobą wyznaczniki, lub ich grupy, jest nieograniczona, każda para wyznaczników, każde dwie grupy, mogą utworzyć związek dla danego typu charakterystyczny.

Rzecz prosta, że nie należy rozpatrywać zespołów wyznaczników, odnośnie do wszystkich możliwych — pomiędzy niemi stosunków, — a szukać faktycznie istniejących związków charakterystycznych.

Należy zrezygnować ze stosowania szablonu niczego nie wyświetlających antynomij, polegających na abstrakcyjnym często stosunku dwu biegunowo przeciwnych właściwości.

Ujmuje się np. człowieka na tle stosunku introwersji do ekstratenzji, a przeocza się charakterystyczny dla danego przypadku związek instrowersji z aktywnością, itd.

Stosowanie metody wyznaczników polega zatem na:

1) wyodrębnieniu wyznaczników,
2) odnalezieniu ich momentów plastycznych,
3) określeniu grup wyznaczników z ich centrami,
4) wykryciu odniesień zasadniczych,
5) stworzeniu wielowymiarowej struktury typologicznej.

W ten sposób wyodrębniony może dopiero stać się podstawą grupowania.

9) Dr. Spektorowa (Łódź): ZMIANY CHARAKTERU U DZIECI PRZESTĘPCZYCH. (Streszczenia nie nadesłano),

III Dzień.

1) Dr. Konorski i Dr. Miller (Tworki): O FIZJOLOGICZNEM TRAKTOWANIU POSTĘPOWANIA. (Autoreferat).

Zachowanie się wrodzone organizmów, zależnie od czynności rdzenia kręgowego i ośrodków poniżej kory mózgowej położonych jest traktowane jako działalność odruchowa i podlega bezspornie

kompetencji fizjologji centralnego układu nerwowego, która ma za zadanie badanie praw rządzących odruchami i ustalanie wzajemnych między niemi zależności. Postępowanie nabywane w ciągu życia osobniczego organizmów, zależne od kory mózgowej, jest traktowane zazwyczaj jako zachowanie *świadome* i czynników warunkujących to zachowanie, szukamy nie w procesach fizjologicznych, analogicznie do działalności wrodzonej, lecz w sferze zjawisk psychicznych. Wynika stąd błędne przekonanie, że fizjologja wyższą działalnością organizmów nie powinna się wcale zajmować i że cały zakres badań nad tą działalnością należy do psychologji.

Organizm żyjący jest pewnym dynamicznym układem materjalnym, który zależny jest od środowiska, który sam na to środowisko oddziałowuje i w którym poszczególne części wzajemnie na siebie wpływają. Wszystkie te działania zachodzą w myśl praw fizyko-chemicznych i podlegają prawu zachowania energji. W całym więc zachodzącym tu łańcuchu przyczynowym zjawisk, możemy mieć do czynienia jedynie ze zjawiskami objektywnemi, jakiemi są zjawiska fizjologiczne, bowiem każde zjawisko objektywne może być całkowicie i wyłącznie zdeterminowane zapomocą innych zjawisk objektywnych. Przypuszczenie, że pewnem ogniwem tego łańcucha może okazać się zjawisko nie należące do świata objektywnego, jakiem jest zjawisko psychiczne, jest dla przyrodnika nie do przyjęcia. Dlatego też fizjologja może nie zwracać uwagi na to, że pewnym procesom fizjologicznym towarzyszą zjawiska psychiczne i pomijając je całkowicie, badać czynność kory mózgowej przy pomocy tych samych metod, które stosowała dotychczas przy badaniu niższych odcinków układu nerwowego. Wprowadzanie przez fizjologję pojęć psychologicznych przy traktowaniu zjawisk zależnych od kory mózgowej, jest niepotrzebne i metodologicznie nie wskazane.

Objektywnem badaniem zachowania się organizmów zajmują się dwie dyscypliny naukowe: fizjologja kory mózgowej (szkoła Pawłowa), oraz nauka o postępowaniu (szkoła amerykańskich „behavior'ystów"). Behavioryzm wychodzi z psychologji i opisuje zjawiska, rozpatrywane przez psychologję, pozbawiając je jedynie psychologicznej interpretacji. Zjawiska te zostają przezeń opisywane, albo w terminach objektywnych, albo psychologicznych, ale te ostatnie używane są tylko jako symbole określonych przejawów objektywnych postępowania. Behavioryzm

opisuje w sposób objektywny i systematyzuje postępowanie zwierząt, ustala korelacje między tem postępowaniem, a zmiennemi warunkami otoczenia, rozpatruje jednak całokształt zachowania się ustroju, jedynie od zewnątrz i nie wnika w głąb organizmu, w mechanizm procesów rządzących tem zachowaniem. To już jest zadaniem fizjologji. Dla behavioryzmu badanie zachowania się zwierząt jest celem samym w sobie, podczas gdy dla fizjologji jest ono jedynie środkiem dla zrozumienia odpowiednich procesów nerwowych, warunkujących to zachowanie; behavioryzm *opisuje* zjawiska zachowania się, podczas gdy fizjologja bada *ich strukturę odruchową*. Fizjologja nie może ujmować odrazu *całokształtu* zachowania się organizmów, jak to czyni behavioryzm, lecz musi z tego całokształtu wyodrębnić takie najprostsze zjawiska, w których struktura odruchowa jest wyraźna. Przez konstruowanie odpowiednich doświadczeń fizjologja bada warunki powstawania tych zjawisk, wzajemne zależności między niemi i z otrzymanych wyników wnioskuje o odpowiednich mechanizmach ośrodkowych, które niemi kierują. Następnie opierając się na tych zjawiskach, jako na jednostkowych i przechodząc od nich do zjawisk coraz bardziej zawiłych, wyjaśnia coraz bardziej złożone akty zachowania się zwierząt przez rozłożenie ich na mechanizmy najprostsze. Celem ostatecznym fizjologji jest poznanie *wszystkich* mechanizmów czynności układu nerwowego organizmów, a tem samem zrozumienie całokształtu postępowania zwierząt, nie wyłączając jego rozwojowo najwyższych przejawów.

2) Dr. Konorski i Dr. Miller (Tworki): O WARUNKACH WYTWARZANIA RUCHOWYCH ODRUCHÓW WARUNKOWYCH. (Autoreferat).

Opisany przez nas ruchowy odruch warunkowy („odruch warunkowy II typu“) stanowi drugi elementarny mechanizm czynności kory mózgowej. Różnice między tym odruchem, a odruchem warunkowym Pawłowa, polegają głównie na:

1) różnicy w reakcjach, które w ruchowych odruchach warunkowych (w przeciwieństwie do odr. war. Pawłowa) mogą być odmienne od reakcyj wzmacniających je odruchów bezwarunkowych;
2) różnicy w płynie rodzai bodźców bezwarunkowych na postać otrzymanych przy ich pomocy odruchów warunkowych— pokarm a bodziec odruchu obronnego dają zupełnie różne odmiany ruchowych odruchów warunkowych, podczas gdy

postać odruchów warunkowych Pawłowa w obu wypadkach jest jednakowa,

3) różnicy w warunkach wytwarzania się obu tych rodzajów odruchów warunkowych.

Stwierdzone przez nas zależności, jakie łączą wytwarzanie się ruchowych odruchów warunkowych z odruchami warunkowemi Pawłowa w wypadku, gdy bodźcem wzmacniającym obydwa te odruchy jest pokarm, dają się ująć w prawa następujące:

1) wytworzenie się ruchowego odruchu warunkowego (II typu) dochodzi do skutku równocześnie z wytworzeniem się Pawłowowskiego odruchu warunkowego na ruch ten, jako na bodziec proprioceptywny;
2) reakcje ruchowego odruchu warunkowego będą pojawiać się wyłącznie na pewien określony bodziec wówczas, gdy odpowiednie ruchy występujące bez owego bodźca, staną się hamulcami Pawłowowskich odruchów warunkowych;
3) aby na określony bodziec mógł wytworzyć się ruchowy odruch warunkowy, musi się ten bodziec stać dla Pawłowowskiego odruchu warunkowego — hamulcem.

To ostatnie prawo znajduje swoje objaśnienie w dwóch ustalonych przez nas zasadach, które głoszą, że:

1) bodziec zwykłego, Pawłowowskiego odruchu warunkowego hamuje występowanie reakcji ruchowego odruchu warunkowego II typu,
2) hamulec wewnętrzny zwykłego odruchu warunkowego, znajdujący się w okresie indukcyjnym, zahamowane w danej chwili reakcje ruchowego odruchu warunkowego—wywołuje.

To, że *hamulce* wewnętrzne zwykłych odruchów warunkowych są zarazem *bodźcami* odruchów warunkowych ruchowych, nie daje się pogodzić z przekonaniem Pawłowa,że proces hamowania wewnętrznego jest procesem odwrotnym, do procesu pobudzenia i zmusza do rewizji niektórych zasad teorji odruchów warunkowych, opartych na tem przekonaniu Pawłowa.

3) Dr. Terajewicz (Choroszcza): O POWOŁANIU SPOŁECZNEM LEKARZA PSYCHJATRY. (Autoreferat).

W okresie zachodzących obecnie zmian społecznych, lekarz psychjatra zajmuje wśród innych specjalności lekarskich stanowisko odrębne przez to, że pracuje w warunkach specjalnych, wytworzonych w atmosferze szpitala (zakładu), czy kliniki psychjatrycznej. Nawet wśród lekarzy nierzadko spotyka się zdanie,

że stosunkowo łatwo jest zostać lekarzem psychjatrą, tymczasem wśród psychjatrów panuje przekonanie o niedostatecznym dopływie młodych lekarzy, mających zamiar poświęcić się psychjatrji.

W związku z powyższem nasuwa się zagadnienie potrzeby 1) nawiązania ścisłego kontaktu między zakładem a kliniką psychjatryczną, przez wzajemną wymianę młodych lekarzy, 2) zaznajamiania studentów medycyny z lecznictwem psychjatrycznem, jako zagadnieniem medycyny społecznej (opieka pozazakładowa, poradnie eugeniczne, przeciwalkoholowe, itd). Należy urabiać wśród studjujących medycynę jak również i wśród lekarzy, przekonanie o tem, że tak jak przyszłość innych specjalności lekarskich, tak też i przyszłość psychjatrji leży w lecznictwie zapobiegawczem. Wtedy istotnie zakres działania psychjatrji rozszerzy się, a przez to skutecznie i łatwiej przyciągnie tych, którzy psychjatrją w praktyce będą się zajmowali.

4) Dyr. Fuhrman (Chełm): SZPITAL PSYCHJATRYCZNY OŚRODKIEM HIGJENY PSYCHJATRYCZNEJ. (Autoreferat).

Autor podaje na wstępie ogólne wrażenie odniesione z oglądnięcia 14-tu klinik i zakładów psychjatrycznych w Niemczech i Szwajcarji w grudniu 1931 r. i w styczniu 1932 r. We wsystkich tych instytucjach stwierdza się ciągłą zmianę, ewolucję szpitali psychjatrycznych i to zarówno zmiany budowlane i innowacje w urządzeniu, jak i modyfikacje organizacyjne, a przedewszystkiem widoczne jest uwzględnienie najbardziej nowoczesnych prądów i kierunków w dziedzinie opieki psychjatrycznej.

Zdaniem autora przyczyny tej ewolucji są trojakie:

1) zmiana pojęcia zakład psychjatryczny, przejście z zakładu detencyjnego, do nowoczesnej lecznicy psychjatrycznej, będącej równocześnie ośrodkiem opieki otwartej pozazakładowej.
2) rozwój ruchu higjeny psychicznej (Hygiène mentale) zapoczątkowanego w roku 1908 w Ameryce, przeniesionego w r. 1920 do Europy, gdzie Francja pierwsza założyła „Ligue française d'hygiène mentale", a Niemcy swój związek higjeny psychicznej w r. 1925 (Polska liga higjeny psychicznej powstała w r. 1930)
3) względy ekonomiczne: poszukiwanie możliwie tanich form opieki psychjatrycznej.

Po przytoczeniu kilku przykładów, po opisaniu mianowicie zakładów psychjatrycznych w Dösen pod Lipskiem, w Langenhorn pod Hamburgiem, w Gütersloh, zakładów leczniczych w Wit-

tenau pod Berlinem i zakładu oraz kliniki Burghölzli w Zurychu, przeprowadza autor porównanie ze stosunkami w dziedzinie szpitalnictwa psychjatrycznego w Polsce i dochodzi do następujących refleksyj, wzgl. wniosków:

1) w Zakładach psychjatrycznych starych należy zredukować do minimum oddziały dla chorych chronicznych, przenosząc ich do którejś z postaci opieki pozazakładowej.
2) Nowe szpitale psychjatryczne należy wyposażyć we wszelkie środki i możliwości dla najskuteczniejszego leczenia, jaknajszybszego przeprowadzenia pacjentów z opieki zamkniętej do opieki otwartej.
3) Psychjatrów zakładowych należy wciągać do pracy pozazakładowej w przychodniach, poradniach, w kontroli opieki otwartej i innych działach higjeny psychicznej.
4) Każdy szpital psychjatryczny winien stać się ośrodkiem higjeny psychicznej dla swego okręgu.

5) Dr. Świerczek (Dziekanka) O LECZENIU SCHIZOFRENJI MALARJĄ. (Autoreferat). Drukowane w Now. Psych., w r. 1932, kw. I-II.

Praca składa się z przeglądu literatury, oraz opisu materjału Dziekanki. W części pierwszej autor przedstawia dotychczasowy rozwój wszelkich metod gorączkowego leczenia schizofrenji i zamieszcza w końcu tej części własne uwagi krytyczne, dotyczące zarówno poszczególnych metod, jak i sposobu określenia popraw przez różnych autorów. Autor podkreśla niepewność djagnozy, zwłaszcza przypadków początkowych schizofrenji, oraz chaotyczność większej części, dotychczasowych prób badania lecznictwa gorączkowego, jak i małą zwykle liczbę odnośnych leczonych przypadków u większości autorów. Następnie znajduje się opis materjału Dziekanki, który składa się z 53 przypadków, z czego było 40 bobiet. 18 mężczyzn. Około 50 proc. leczonych miało poniżej 30 lat, czas zaś trwania choroby wynosił w 48 przypadkach (na 58) conajmniej 5 lat, przyczem u 19 pacjentek czas ten wynosił powyżej 10 lat. Na 58 przypadków tylko 3 były początkowe (choroba trwała 3, 4 i 11 miesięcy). Wszystkie przypadki (z wyjątkiem 1 chorej z niedomogą serca, wyrównaną, małego stopnia) były cieleśnie zdrowe, mimo to było 24 proc. komplikacyj (3 kobiet i 1 mężczyzna), w postaci głównie osłabienia krążenia i wymiotów. W 10 przypadkach musiano przerwać przedwcześnie malarję, z powodu tych komplikacyj.

W 2 przypadkach nastąpiło chwilowe pogorszenie, a w 3 przejściowa poprawa w czasie malarji. Zmiany te trwały zaledwie kilka dni i nie miały żadnego wpływu na ostateczny wynik leczenia, który przedstawiał się następująco: 0 remisyj, 6 popraw (około 10 proc.), 51 bez zmiany (około 88 proc.), a 1 pogorszenie (około 2 proc.). Na podstawie powyższego wyniku, oraz wyników leczenia epilepsji w Dziekance (opisanych w odrębnej pracy autora), autor uważa malarję za metodę leczniczą, której nie należy zwykle stosować w psychozach nieluetycznych.

6) Dr. Meissner (Kobierzyn): EPILEPTYCY WOJEWODZTWA KRAKOWSKIEGO. (Streszczenia nie nadesłano).

7) Dr. Świerczek (Dziekanka): WYNIKI LECZENIA EPILEPSJI MALARJĄ (Autoreferat). (Drukowane w Now. Psych. r. 1932, kw. I-II).

W części pierwszej znajduje się przegląd odnośnej, szczupłej dotąd literatury, dotyczącej gorączkowego leczenia epilepsji. W części drugiej podane są spostrzeżenia poczynione w Dziekance nad malarją leczniczą w epilepsji. Leczono 13 kobiet w okresie od 16, XI. 1932, do 20. V. 1931. Wiek tych chorych wahał się od 18 — 44 lat, zaś czas trwania choroby wynosił, od 10 — 32 lat. Malarję szczepiono dożylnie, lub domięśniowo, dopuszczano 10 — 14 napadów, przeciętnie 12 napadów. Typ gorączki był codzienny (7 chorych). Wysokość gorączki u znacznej większości chorych 39 — 40 lat. Obserwowano komplikacje pomalaryczne (2 razy wymioty, 1 raz ogólne osłabienie, 1 raz uczynnienie gruźlicy płuc), w 3 przypadkach, a ponadto 1 przypadek zejścia śmiertelnego. Mianowicie chora lat 27, u której badanie przed malarją nie wykazało żadnych zmian w sercu, zmarła w 7 dni po przerwaniu malarji, z powodu ostrej niedomogi serca. Wyniki ostateczne leczenia malarycznego tych 13 przypadków epilepsji w Dziekance, są następujące: 1 zgon, 3 pogorszenia (1 uczynnienie gruźlicy, 2 zwiększenie ilości napadów), 7 bez zmiany, a 2 poprawy dotyczące tylko napadów epileptycznych. Ponadto w 4 ch przypadkach malarja powstrzymała wystąpienie, a w 2-ch zmniejszyła ilość napadów, ale tylko na czas trwania gorączkowania (przejściowo).

Powyższe wyniki uważa autor za niezadawalające, a samo leczenie za niebezpieczne.

8) Dr. Meissner (Kobierzyn): WYNIKI POSZUKIWAN STATYSTYCZNYCH, DOTYCZĄCYCH PORAŻEŃCÓW WOJEWODZTWA KRAKOWSKIEGO. (Streszczenia nie nadesłano)

Dyskusja.

1) *Dr. Meissner:* Główną rolę w rozwoju charakteru odgrywają czynniki konstytucyjne, co można stwierdzić n. p. u przestępców na podstawie ich wyznań. Natomiast wpływy zewnętrzne mają stosunkowo niewielkie znaczenie. Przy wysnuwaniu wniosków na podstawie metod statystycznych, należy być bardzo ostrożnym, metody te dają dużo, lecz nadają się tylko do rzeczy bardzo prostych. Ponadto materjał stanowiący podstawę do badań musi być poddany dokładnej analizie.

2) *Dr. Higier (jun.):* Nawiązując do głównych referatów, podkreśla pewne antynomje, które istnieją w obecnej nauce o charakterze:

a) czy charakter jest to konkret, czy tylko pewna formuła. Jeżeli to formuła, to psychjatra nie potrzebuje wchodzić w szczegóły, jeżeli jest to całość biologiczna, to należy wtedy utworzyć pomost od patologji do biologji.

b) Czy charakter należy rozpatrywać jako przekrój poprzeczny czy podłużny (Birnbaum). Jest to sprawa zasadnicza).

c) Czy charakter jest wartością genotypową. Referowano to dwojako. Zieliński i Baley, że decydują czynniki genotypowe, zaś Bornsztajn, że ontogenetyczne. Należałoby ustalić metodykę i rozróżnić co ważne, a co mniej ważne dla psychjatry. Najważniejsze są obecnie dwie sprawy, po pierwsze zbadanie, jakie cechy dziedziczą się według praw Mendla, czyli rozczłonkowanie na biologiczne proste składniki, po drugie zbadanie charakteru schizotymicznego. Higier stawia wniosek, aby starać się o popularyzację powyższych zagadnień wśród lekarzy przez referaty i odpowiednie tłómaczenie.

Na tem obrady Zjazdu ukończono.

Na zgromadzeniu walnem Psychjatrów Polskich Zjazd jednogłośnie uchwalił następujące wnioski:

I. XII Zjazd Psychjatrów Polskich wita z uznaniem rozpoczęcie badań biologiczno-kryminalnych w więzieniach warszawskich i wyraża nadzieję, że Ministerstwo Sprawiedliwości wydatnie poprze te badania i przyczyni się do rozszerzenia ich na inne więzienia z uwagi na doniosłe znaczenie tych badań dla nauki, hygieny psychicznej oraz polityki karnej i penitencjarnej.

II. XII Zjazd Psychjatrów Polskich
1) stwierdza konieczną potrzebę poddania każdego nieletniego przestępcy badaniom psychologiczno-psychjatrycznym, oraz
2) stwierdza konieczność przekształcenia istniejących zakładów wychowawczo-poprawczych na zakłady wychowawczo-lecznicze pod kierunkiem lekarzy psychjatrów.

III. XII Zjazd Psychjatrów Polskich uznaje za konieczne ożywienie działalności w dziedzinie hygjeny psychicznej w Polsce przez wciągnięcie do pracy przedewszystkiem lekarzy - psychjatrów zakładowych.

IV. XII Zjazd Psychjatrów Polskich uważa za pożądane umożliwienie lekarzom zakładów psychjatrycznych zapoznanie się z pracami w klinikach psychjatrycznych i odwrotnie.

V. Wobec braku dostatecznej liczby miejsc w zakładach dla psychicznie chorych w Polsce, XII Zjazd Psychjatrów Polskich uważa za konieczne usunięcie innych instytucyj w zakładach takich czasowo ulokowanych.

SPRAWOZDANIA Z POSIEDZEŃ LEKARSKICH.

Posiedzenie kliniczne lekarzy w Dziekance w dniu 2. IV. 1929 r.

Przewodniczący: p. PIOTROWSKI. Sekretarz: p. JESIONOWSKI (+).

P. Wilczyński przedstawia 1) lekarza P. H., lat 31, dziedzicznie nie obarczonego. Ojciec jego zmarł w 35 r. na zapalenie płuc, matka lat 50, żyje, jest zdrowa. W dzieciństwie P. rozwijał się prowidłowo, przebył szkarlatynę. W r. 1924 miał rzekomo „encephalitis lethargica". Leżał przez 3 miesiące w Klinice Neurologicznej w W. Przez 2 lata był bardzo drażliwy, nerwowy, cierpiał na bezsenność, pracował przytem, ukończył studja lekarskie; rozpoczął pracę jako lekarz dnia 15. XII. 1928 r. w K. Wśród chorych czuł się bardzo źle, bał się ich, mówił, że boi się własnego głosu. Przy pracy nie mógł skupić uwagi. Twierdził, że na każdym kroku widzi niechęć do siebie. Odczuwał lęk i niepokój stale się wzmagający. Dwukrotnie chciał sobie odebrać życie, raz przez zastrzyknięcie nadmiernej ilości morfiny, drugi raz za pomocą noża. Dnia 9. III. 1929 r. oddano go do D. Badany

jest prawidłowo zbudowanym, silnym mężczyzną. Prawa źrenica reaguje na światło słabiej niż lewa. Twarz jest asymetryczna, głos słaby, mowa cicha, niewyraźna, zamazana, jak u podpitego. Ruchy są bezsilne. P. dokładnie ogląda lekarza, obmacuje swe ubranie; uwaga jego jest pochłonięta tą czynnością. Na pytanie, czy słyszał, co o nim mówiono, pytany nie odpowiada, tylko patrzy badawczo na pytającego z czołem zmarszczonem, wzrokiem podejrzliwym; chwilami uśmiecha się ironicznie, uważa za „możliwe", iż nabył lues. Wrogów rzekomo ma dużo, jako „lekarz podupadły". Dlaczego uważa się za upadłego, nie umie odpowiedzieć. W czasie, miejscu i położeniu swojem orjentuje się niedostatecznie. Oddanie go do zakładu uważa za „jakąś kombinację". Czuje się wyśmiewiskiem wszystkich, nie podoba mu się, że jest zamknięty w zakładzie. Nie ma świadomości choroby, czuje się fizycznie i umysłowo zdrowym.

Następnie p. Wilczyński przedstawia 2) inżyniera P. W., lat 31. Rodzice jego nie żyją. Najstarszy brat leczył się w D na morfinizm, najmłodszy zmarł w sposób budzący podejrzenie samobójstwa. P. jest żonaty od 3-ch lat. Był on zawsze podejrzliwy, nieufny. W stosunkach służbowych podejrzewał otoczenie, że go prześladuje. Zdawało mu się, że go wciąż podglądają. Słyszał głosy spiskowców, którzy rzekomo starali się kierować jego postępowaniem. Zwierzchników nie słuchał. Od listopada 1928 r. traci pamięć. P. jest wzrostu wysokiego, budowa ciała prawidłowa. Tony serca głuche, tętno miękkie, słabo napięte. Źrenice są równe, reagują dostatecznie na zbieżność, na światło źrenica lewa reaguje gorzej od prawej. Odruchy spojówkowe i gardłowe są zachowane, daje się zauważyć drżenie mięśni okołoustnych, drżenie rąk i lekkie chwianie się, odruchy kolanowe i achillesowe są nader żywe, objawu Piotrowskiego obustronnie brak. Badany jest spokojny, apatyczny, ustępliwy, potyka się na zgłoskach; pamięć jego jest osłabiona. Zapytany jakie ma plany odpowiada, że chce się zbogacić przez pracę, ale nie chce chętnie o tem mówić. Czuje się zdenerwowany i osłabiony. Wszyscy go obserwują, czego on nie znosi. „Miałem takie mieszkanie" — oświadcza — „że mnie podglądano i podsłuchiwano specjalnym aparatem, Dyrekcja Kopalni mnie obserwowała, chciała mi przeszkadzać, bo były plany, że miałem zająć wysokie stanowisko naczelnego inżyniera". Około serca P. odczuwa depresję. Halucynacyj słuchowych wzgl. wzrokowych nie miał.

Dyskusja.

W przypadku 1) p. Piotrowski zaznacza, że obraz psychotyczny jest zamazany i wykazuje objawy histeryczne, schizofreniczne, paranoidalne. Elementy psychiczne są zachowane, lecz bezwładne, zahamowane. Badany znajduje się w stanie odurzenia. Ponieważ zażywał dużo narkotyków w ostatnim czasie, więc nastąpiła intoksykacja wyrażająca się właśnie stwierdzonem odurzeniem; pozatem jako choroba podstawowa w rachubę wchodzi narkomanja, stan poencefalityczny, albo metaluetyczny (p. p.). Za ostatniem przemawia dementywna euforja pacjenta. Zaleca się przeprowadzić badanie płynu mózgowo rdzeniowego, oraz krwi na odczyn Wassermana. W przypadku 2) zachodzi stan paranoidalny w otępieniu paralitycznym, który wymaga leczenia specyficznego; zaleca się zaszczepić malarję kuracyjną.

Posiedzenie kliniczne lekarzy w Dziekance w dniu 19. IV. 1929 r.

Przewodniczący: p. PIOTROWSKI. Sekretarz: p. JESIONOWSKI (+).

P. Wilczyński przedstawa 1) pannę W. J., lat 34. Matka jej była nerwową. W. w dzieciństwie rozwijała się prawidłowo, poważnych chorób nie przebyła. Ukończyła szkołę powszechną. Była bardzo dobrą, inteligentną, pracowitą. Od 3-ch lat co pewien czas popadała na krótko w stany podniecenia, bardzo łatwo wybuchała gniewem. Od 2-ch miesięcy stała się niespokojną, agresywną, niszczyła przedmioty, wybijała szyby, atakowała otoczenie, sypiała mało, podniecała się seksualnie, modliła się dużo, mówiła od rzeczy. Dnia 8. IV. 1929 r. oddano ją w opiekę zakładową. Budowa ciała badanej jest wątła, asteniczna i wykazuje objawy tbc. pulmonum. Neurologicznie brak objawów patologicznych. Chora orjentuje się w czasie i miejscu. Czuje się hypnotyzowaną, „przez ludzi nieczystego sumienia", którzy każą jej wstawać z łóżka w nocy, badać, ile kto ma pieniędzy i t. p. Gdy w hypnozie wychodziła, widziała „wszystko", nie wiedziała tylko, która godzina. Raz w hypnozie poszła na tartak; musiała się tam przekonać, czy pewien znajomy został zabity. Co to jest hypnoza, nie wie, nie sypia „przez tę hypnozę, przez to, że pościel cuchnie, bo przez sufit przechodzą nieprzyjemne zapachy". Pacjentka oświadcza:

„osoby, które mnie hypnotyzują, chcą mnie męczyć, prześladują mnie. Stale słyszę głosy treści nieprzyjemnej, które mi szepcą do ucha, raz do jednego, raz do drugiego“.

Następnie p. Wilczyński przedstawia 2) wdowę K. M. lat 37. Matka jej zmarła w 43 r. życia na raka w żołądku. K. uczyła się średnio. W 17-ym roku życia wyjechała do Berlina, gdzie „prowadziła się lekkomyślnie, bawiła się“. Z tego powodu ojciec umieścił ją w przytułku dla dziewcząt, z kąd oddaliła się. Później pracowała jako kelnerka. Miała jedno dziecko nieślubne, które zmarło. Przed 21/2 r. wyszła zamąż. Pożycie małżeńskie było dobre, mąż umarł w czerwcu 1928 r. Dnia 22. XI. 1928 r. K. została umieszczona w klinice chorób nerwowych. Podała wtedy, że czuje się chorą od dwóch miesięcy. Skarżyła się na osłabienie pamięci (nie wiedziała, kiedy jej dziecko umarło), bóle głowy, brak snu, niepokój oraz zdenerwowanie. Badanie płynu mózgowordzeniowego wykazało zapalenie opon kiłowe silnego stopnia o charakterze paralitycznym. Chorą przeniesiono na oddział psychjatryczny szpitala miejskiego w P. dnia 4. I. 1929 r. Chora była leczona malarją. Podczas leczenia miewała stany podniecenia, była drażliwą. W czasie pobytu w szpitalu przeprowadzono ubezwłasnowolnienie. Budowa ciała badanej jest silna, odżywienie dobre, źrenice okrągłe, prawa szersza od lewej, reaguje słabiej na światło i zbieżność niż lewa. Prawy odruch kolanowy jest słaby, lewego brak, nie ma też odruchów Achillesa. Daje się zauważyć lekkie drżenia kończyn dolnych badanej przy zamkniętych oczach. Chora orjentuje się niedostatecznie w czasie, twierdzi, że jest zdrowa, uważa się za bardzo inteligentną, bardzo bogatą, posiadającą kilka miljonów i dużo interesów. Pacjentka jest wojowniczo usposobiona, żąda stanowczo zwolnienia z Zakładu, ma wciąż pretensje co do traktowania jej jako wielkiej pani. Potykania na zgłoskach nie ma.

Następnie p. Wilczyński przedstawia 3) mężatkę J. K. lat 34, dziedzicznie nie obarczoną. W dzieciństwie rozwijała się prawidłowo, w 5-ym roku życia przebyła ciężką odrę. Ukończyła 6-o klasową szkołę wydziałową. Uczyła się średnio. W r. 1919 wyszła zamąż, dzieci nie ma, rzekomo z winy męża. Pierwsze objawy choroby wystąpiły przed trzema tygodniami. J. zaczęła rozpaczać, z powodu niewielkiej rany w jamie ustnej, stała się nerwową, robiła niesłuszne zarzuty mężowi, popadała łatwo w płacz, że życie jej się nie podoba. Lubiła pisać bardzo długie

listy, domagała się zbadania krwi. Bardzo często miewała bóle głowy. Ostatnio mówiła, że chcą ją otruć gazami, że w pokarmie podają jej truciznę, że jest hypnotyzowaną. J. jest silnie zbudowaną niewiastą. Odruch kolanowy lewy mniej żywy, niż prawy, pozatem brak neurologicznie objawów patologicznych. Badana jest oporna, lękliwa, zahamowana, odnosi się bardzo nieufnie do badania. Trzęsie się przy najlżejszem dotyku. Imię i nazwisko wymawia bardzo powoli, urywczo, Orjentuje się źle w czasie i miejscu, kontakt z nią trudno nawiązać. Pytana, dlaczego tak niechętnie odpowiada, wskazuje na głowę, która ją boli, w okolicy potylicznej. Chora wzdryga się na każdy szmer, każdy ruch badającego, mruga bezustannie powiekami. Cały czas siedzi bez ruchu, jest przygnębiona i zahamowana.

Dyskusja.

W przypadku 1) p. Piotrowski stwierdza u badanej omamy słuchowe i węchowe, które wywołują przelotne urojenia. Nie chodzi tu zatem o stan paranoidalny, apriorytystyczny, lecz wtórny. Osobowość psychiczna nie jest naruszona. Ze względu na daleko posuniętą gruźlicę płuc, ze względu na hypererotyzm chorej należy przyjąć w tym przypadku związek między zachorzeniem psychicznem, a gruźlicą. W przypadku 2) mówca zaleca przeprowadzić kurację mieszaną, t. z. stosować terapję chemiczną, a w razie negatywnego wyniku leczenia, zaszczepić ponownie malarję. W przypadku 3) stwierdza przygnębienie, zahamowanie, dezorjentację; należy zbadać podstawę zamroczenia: Wysuwa się epilepsja, psychoza perjodyczna, histerja. Zaleca się przeprowadzić badanie płynu mózgowo - rdzeniowego, oraz krwi na odczyn Wassermanna.

STRESZCZENIA I OCENY.

FRANK, CASIMIRO. Prof. Dott. Il processo fine della conscienza. Principi di Biopsicologia. Biopsicopatologia e Biopsicoterapia. (Ściślejszy proces świadomościowy. Podstawy biopsychologji, biopsychoterapji). Roma 1931, Tipografia „La Precisa".

Autor uważa naukę przezwaną przez siebie biopsychologją za nową i ścisłą.

W pierwszej części chodzi autorowi o określenie ścislejszego przebiegu uświadomień, w którym rozróżnia 2 fazy. Pierwsza faza, będąca wyłączną własnością człowieka, ogarnia wszystko za pomocą rozumu (ratio). Druga faza należy do zakresu wzruszeń (afektów). Zjawiska wzruszeniowe — włącznie z intelektualnemi, od wzruszeń zależnemi — wykluczają w podświadomych stanach, działanie rozumu. W podświadomych stanach człowiek za pomocą logiki i krytyki nie może niczego chcieć, ani nadświadomie osądzić; może tylko podświadomie podsuwać (sugerować), wobec tego, że właśnie biopsychologja niedwuznacznie wykazuje, że jedynie suggestywność panuje nad wzruszeniami (afektami) człowieka. Obie najgłówniejsze fazy świadomości — tak samo, jak niższe fazy podświadome — pojawiające się we śnie i w hipnozie, — są wedle naukowego monizmu (Forel i inni) bezpośrednim produktem czynności frontalnej kory mózgowej. Wymienione niższe fazy podświadome, rozróżnia autor jako fazy II i III od podświadomowej I.

Z powyżej przytoczonych twierdzeń wynika, że autor mimo podkreślenia ścisłości, postępuje jednakże w poszczególnym wypadku nieściśle, przyjmując wedle zasad starej metafizyki dogmat, że do rozumowego uświadomienia zdolny jest tylko człowiek. Dalszy wątek rozważań na tem wprawdzie nie cierpi, lecz trudno ominąć milczeniem coś, co wywołuje pewne zdziwienie wobec stanu rozwoju współczesnej biologji.

Na podstawie podanych rozróżnień, ustanawia Frank wedle własnych słów — „poraz pierwszy“ — podział ludzkiej osobowości na szereg biopsychotypów. Wedle tego podziału najwyższym typem jest nadświadomościowy (Superconsciente) badaczów, matematyków i t. d., a jeszcze wyższym nad- i podświadomościowy (Supersub-consciente) najwyższych genjuszów, jak Dante, Goethe, Virchov, Bach, Wagner i t. d., który rozwija i wykształca w najwyższej mierze zarówno rozum, jak i wzruszeniowość. Niższą rolę odgrywają: 1) typ podświadomy (Subconsciente) n. p. zwykły typ kobiety, 2) typ pod i nadświadomy, jako najniższy typ człowieka.

W części mającej za treść — doświadczalną psychologję i psychologję dziedziczności —, autor stwierdza wielkie znaczenie suggestywności dla dociekań ścisłej biopsychologji, widząc w niej czynnik podświadomy. Tem samem osiąga w swojem mniemaniu ściśle naukowe wytłumaczenie hipnozy

i hipnotyzmu, dając „niezbity" dowód, że suggestywność jest jedyną w nauce znaną siłą, która się w przebiegu rodzenia (filogeneza i autogenena) ujawnia. Nie dzieląc pewności siebie autora, uznać należy wartość hipotetyczną i fikcyjną takiego ujęcia ważnego zagadnienia, mogącą dać podstawę nie tylko dla teoretycznych rozważań, ale i dla praktycznych wskazań i nowych metod leczenia.

W III części, — w biopsychopatologji, podaje autor nowy podział chorób psychicznych, które należy uważać za choroby świadomości, czyli korowe, czego dowód „świetny", w mniemaniu własnem, składa autor w rozdziale o „Kortykogenezie". Przy tej sposobności odrzuca autor, jako ściśle naukowo niedopuszczalne, „hormonalne i neurowegetatywne, metafizyczne wnioski" i „hipotezy". Stąd należałoby choroby psychiczne funkcjonalne, częściowo funkcjonalne podświadome syndromy, lub całkowite korowe zachorzenia, „kortykozy", jak paranoia i psychozy manjakalno depresyjne, odłączyć od całkowicie organicznych nadświadomych syndromów, albo całkowitych kortycytów, do których należą demencje praecox, epileptyczna, paralityczna, starcza — a u których zanika nietylko wszelka czynność rozumowa, ale też i normalne ludzkie wzruszenie, co prognostycznie i terapeutycznie ma znaczenie rozstrzygające.

Tablica systematyczna chorób umysłowych, którą autor podaje na str. 301, wygląda, jak następuje:

I. Zachorzenia funkcjonalne dokładnych procesów świadomościowych, albo *kortykozy*.

A. Zachorzenia fazy nadświadomej I: podświadome syndromy albo kortykozy częściowe:

a) Neurastenja,

b) Histerja.

B. Zachorzenia fazy nadświadomej i fazy podświadomej I: syn dromy częściowo funkcjonalne, pod i nadświadome, albo kortykozy całkowite:

a) Paranoja,

b) Psychozy manjakalno-depresyjne.

II. Zachorzenia organiczne dokładnego przebiegu świadomości, albo *kortycyty*.

A. Zachorzenia fazy nadświadomej i fazy podświadomej i częściowe syndromy organiczne pod i nadświadome, albo kortycyty częściowe:

a) Intoksykacje,
b) Syndromy symptomatyczne (infekcje etc),
c) Epilepsja wrodzona.

B. Zachorzenia wszystkich faz: syndromy całkowicie organiczne, pod i nadświadome, albo kortycyty całkowite:
a) Wrodzone (c. d. oligofrenje):
1) Idjotyzm,
2) Kretynizm etc. etc.
b) Nabyte i ujawnione w czasie późniejszym:
1) Demencja epileptyczna.
2) Demencja praecox.
3) Demencja porażeniowa.
4) Demencja starcza (choroby Alzheimer-Perusini, Pick etc).

W ostatniej części, najważniejszej dla praktyki, chodzi o kierunki biopsychoterapji i biopsychagogji. Poleca się nowy terapeutyczny system, leczenie korowe, (kortykoterapję). W tem leczeniu chodzi nietylko o leczenie, ale i o wychowanie ludzkiej duszy. Kortykagogja, będąca integralną częścią psychicznego wychowania, rozwija równomiernie rozum, jak i uczuciowość, która przy złem kierowaniu jest największym wrogiem człowieka, przy dobrem stanowi o jego najwyższem dobru.

Kortykoterapja autora ma pewne momenty styczne z terapją Freuda i Freudystów; jednakowoż nie ogranicza się w jednostronny sposób na życiu płciowem i analnem.

Dr. med. Dr. phil. KAZIMIERZ WIZE — Dziekanka.

Trigant Burrow. M D. Ph. D. The Structure of Insanity. A Study in Phylopatology. (Struktura Psychozy. Studjum z dziedziny filopatologji), (London Kegan Paul, Trench, Trubner et Co. Broadway House, Carter Lane. E. C. 1932.

Autor rozpoczyna rozprawę od wygłoszenia aforyzmu: „Wojny toczą się, z powodu niezgodności myślowej, sądów i idej“. Badania, które autor ma na oku, pozostawiają na uboczu opinje, spory, ideje, a trzymają się jedynie materjału zdobytego z doświadczeń. Chodzi o próbę zużytkowania spostrzeżeń bezpośrednich, niezależnie od panujących poglądów. W pierwszej linji kładzie autor wagę na ustosunkowanie się podmiotowe do zjawisk zewnętrznych z uwzględnieniem reakcyj wazomotorycznych, mięśniowych, wisceralnych i nerwowych.

Wrażenie (perception) jest odruchem (reflex) bezpośrednim. Spostrzeganie (apperception) jest reakcją, wyrazem pewnego procesu wewnętrznego. Jedno podlega przypadkowości, drugie zasadza się na dyscyplinie i zorganizowaniu myśli.

Całość zjawisk symbolizuje się w mózgu, ujawnia się w postaci mowy, jako częściowej funkcji organizmu. Organizm pojedyńczy jest cząstką organizmu socjalnego. Obok — ja, osoby — istnieje jeszcze socjalne ja. W odniesieniu do filogenetycznej strony zagadnienia, zwraca autor uwagę na dwa systemy nerwowe: pierwszy należy do optyczno-słuchowego systemu, umieszczonego w przedmózgowiu (prosencephalon or cerebrum). Drugi obejmuje sfery pobudzeń wnętrznościowych wazomotorycznych, limfatycznych i mięśni od woli niezależnych, w związku z nerwami sympatycznym i błędnym, mającemi swe ośrodki w międzymózgowiu i w rdzeniu.

Filogenetyczne dociekania zjawisk socjalnych zespołów dowodzą, że momenty seksualne, neurotyczne i normalne w ścisłej ze sobą znajdują się łączności. Wszelkie te momenty są najoczywiściej pochodnym wykwitem nieskoordynowanej uczuciowości. Analiza filogenetyczna wykazuje, że pacjenta nie należy rozumieć i leczyć jako zjawisko odosobnione. lecz w łączności socjalnej, jako osobnika związanego z otoczeniem i to nietylko pod względem zawodowym, ale i w kierunku klinicznym. Ujęcie takie jest, jak słusznie autor podkreśla, oparte na geno — i biologji.

Książka omówiona tu odznacza się zwięzłością i ścisłością i uzupełnia cały szereg przyczynków, z jakiemi wystąpiła biblioteka minjaturowa *Psyche*. Wśród autorów napotykamy na nazwiska jak Bertrand Russel, Jaques, Dalcroze, A. Forel, W. M. Wheeler, Bronisław Malinowski.

Dr. med. Dr. phil. K. WIZE.

R. Dupony et H. Pichard: **L'anxiéte dans la démence précoce** (Stany lękowe w psychozie dementia praecox). **Annales Médico-Psychologiques, XIII Série, 89 année. Tome II Nr. 2 — Nr. 3, 1931.**

Dotychczas uważano indyferencję afektywną za objaw zasadniczy dla psychozy „dementia praecox". Bleuler, a za nim Claude, zmienili określenie „indifférence" na „troubles" (zaburzenia), zwróciwszy uwagę na objaw lęku bez łączności z jakim bądź innym objawem zespołu melancholijnego.

I. Lęki te w początkowych okresach psychozy „dementia praecox“ objawiają się inaczej w postaci przewlekłej tej choroby, a inaczej w postaci ostrej.

1. W postaci przewlekłej występują dwa typy lęków, które autorzy nazwali „puerylnemi“ i „schizofrenijnemi“.

Lęki „puerylne“ spotyka się w „dementia praecox“ z równocześnie rozwijającą się demencją,

Zapowiadają się stanem zadąsania i kaprysów.

Lęki „schizofrenijne“ zawierają bogatszy zespół afektywny, objawiający się w autyźmie i krańcowej nadwrażliwości, której chorzy nie umieją wyrazić, złączonej z uczuciami anormalności obcości, i niewystarczalności. Wszystko to wywołuje uczucie porażki, stanu lękliwości i stanu depresji.

2. W „dementia praecox acuta“ lęki przybierają postać jeszcze bardziej różnorodną, łącząc się z zespołem melancholijnym, bredzeniowym i t. p. Charakter ich jest w początku gwałtowny; poszczególne momenty nie dają się przewidzieć.

Czyn gwałtowny, wywołany lękiem, („raptus“), może być zapowiedzią powstawania choroby „dementia praecox“.

Chorzy są skłonni do czynów rozpaczy, kończących się nieraz samobójstwem.

W „dementia praecox“ z lękowym początkiem, lęk jest często tylko elementem zespołu psychotycznego, mającego się rozwinąć. Nie posiada więc znamion specjalnych.

W stanach manjakalnych elementy lękowe nie wysuwają się na pierwszy plan, przybierając postać cykliczną, manjakalno-depresyjną.

W powyżej podany sposób lękliwość w otępieniu wczesnem z początkiem ostrym, różni się znacznie od lękliwości, rozwijającej się powoli.

II. Pozorna motywacja psychologiczna zespołów lękowych w otępieniu wczesnem jest badzo różnorodna i zmienna, nawet w pojedyńczych odstępach, zależnie od składników zespołu i ich natężenia.

Natężenie to może być natury intelektualnej, jak stany lękowe o treści ideowej, przygnębienie, wyobrażenia prześladowcze, poczucie obcości, omamy, i t. p. Pokazują się one u schizofrenika z pewną stałością i w pewnem utrwaleniu.

W otępieniu wczesnem w przeciwieństwie do powyższego, stan lękowy przyczepia się do idej zmiennych, splątanych, prześcigających się. Świadomość mniej lub więcej rozwiana tego zamroczenia myślowego jest najwidoczniejszą przyczyną stanu lękowego.

Następują dwa przykłady. —

W rzędzie tych możliwości bredzeniowych trzeba się oprzeć na trwożliwości hipohondrycznej.

Lecz bredzenie hipohondryczne daje pewne charakterystyczne cechy. Najpierw jest w wyjątkowych tylko wypadkach czystem. Dołącza się bowiem do niego innego rodzaju bredzenie, wraz z halucynacjami czuciowemi. Ponadto chory cierpiący na otępienie wczesne nie stara się uzasadnić swojego cierpienia w tej mierze, jak melancholik. Stan jego lękowy jest jakby odłączony od przyczyny.

Chory zwraca uwagę w swoich lękach na sprawy seksualne, powstają w nim lęki, z powodu dawniejszego wiewióra i obawy przed kiłą. Do wszystkiego dołącza się hipalgezja.

Ta zbieżność hiperestezji myślowej z hipalgezją czuciową jest najlepszym dowodem rozdwojenia jedności psychicznej w otępieniu wczesnem.

Inne bredzenia lękowe zasługiwałyby także, na szczegółowe uwzględnienie, n. p.: trwożliwość mistyczna, dość częsta, połączona z wyrzutami sumienia.

Do stanów lękowych dołącza się nagłe powstawanie wybuchu (raptus) i równie nagłe ustąpienie jego.

III. Stany lękowe otępienia wczesnego mają praktycznie wielkie znaczenie, ponieważ dają nam wielorakie objawy reakcji. Te reakcje, rodzaju impulsywnego mogą być złączone z wyobrażeniami bredzeniowemi, bądź melancholicznemi, bądź prześladowczemi, lub halucynacjami. Potrzeba aktywności każe wykonywać różne czynności, częściowo nierozumne, częściowo dobrze skoordynowane, najczęściej rozechwiane, z zapędami deklamatorskiemi, rzadziej z rozpisywaniem się.

Temat o reakcjach lękowych w otępieniu wczesnem jest niewyczerpany. Dziwaczność, absurdalność, niekoordynacja, nielogiczność, zgodne są z właściwością otępienia. Mimo to można się pokusić o pewne uklasyfikowanie:

a) Do pierwszej grupy możemy włączyć tic'y nerwowe, objawy stereotypowe, albo ruchy, będące jakby symbolem

obrony. Mimo ich automatyzmu są to gesty chorych na stan lękowy. Czasem są one skomplikowane i wzrastające do „ogólnego bolesnego pogotowia".

b) Reakcje niestałości i niepokoju, połączone z rozdrażnieniem.

c) Reakcje antysocjalne, w wysokim stopniu połączone z podjęciami samobójczemi, zadającemi sobie gwałt, albo napastliwe wobec otoczenia.

d) Objawy, nie mogące być nazwanemi reakcją, lecz połączone wyraźnie z trwożliwością, obsesje, lęki, mogące objąć sobą reakcje impulsywne i połączyć się z negatywizmem, uporem, niedożywianiem i zatrwożeniem.

IV. Wszystko daje podstawę do następujących wniosków:

1) Stan lękowy trafia się w otępieniu wczesnem, szczególnie w stadjum początkowem, nader często.

2) W formach powolnego rozwoju schizofrenji wyraża się w odpowiedniem ustaleniu.

3) W otępieniu encefalitycznem, zjawia się stan lękowy w sposób anarchiczny, bardzo aktywny, lecz zagmatwany. Ten stan pozwala nam otępienie wczesne zestawić z innemi zachorzeniami psycho-encefalitycznemi, szczególnie z porażeniem ogólnem.

4) Stan lękowy daje nam wytłumaczenie dla wielu reakcyj początkowych otępienia wczes ego, przeróżnych pobudliwości, zamiarów samobójczych, gwał.ów na sobie i drugich.

Streścił: Dr. med. Dr. phil. K. WIZE — Dziekanka.

C. — J. Urechia: Les psychoses reactionnelles. (Psychozy reakcyjne). (L'Eecéphale, septembre — octobre 1921 nr. 8).

Autor skarży się na niedostateczne uwzględnienie wstrząsów emocjonalnych w tłumaczeniu powstania psychoz przez klasycznych pisarzów. Wyjątek mają stanowić Bumke i Bleuler.

Wśród przyczyn zaburzeń nerwowych, następujących po wstrząsach emocjonalnych, wymienia autor kataklizmy, wojnę, katastrofy kolejowe, okrętowe, kopalniane i t. p.

Obok wstrząsów nagłych, nieprzewidzianych, istnieją przewlekłe, odsuwane, a jednak nieuniknione nieszczęścia, jak zawody, utrata mienia, stanowiska, ukochanej osoby, umierającej na cho-

robę nieuleczalną, zawody miłosne. Wstrząsy te i stany, przepełnione troską i nieustanną obawą, mogą się nagromadzić, powikłać ze sobą. Do pewnego stopnia i do pewnych granic osobnik może się bronić, losowi stawiać czoło, próbować „zasięgnąć losowi do paszczy“. Wtedy to wystarczy przelotna przyczyna, by dopełnić miary, potrzebnej do wybuchu newrozy.

Rolę wrażeń przykrych w powstaniu psychoz omawiali już Esquirol i Griesinger. Autor przyznaje znaczenie dziedziczności newropatologicznej, zwyrodnienia, konstytucji nienormalnej, oraz urazów psychicznych dla wybuchu psychozy emocjonalnej, lecz znajduje, że są wypadki, w których niema i śladu wymienionych predyspozycyj.

Między formami tych psychoz emocjonalnych opisuje autor szczególniej depresję i melancholję reakcyjną. Formy te mogą się połączyć z „raptusem“ newrastenicznym i histerycznym i na odwrót.

I osłupienie (stupor) nie jest rzadkie, natomiast stany manjakalne występują wyjątkowo.

Innym pojawem psychotycznym bywa stan lęku, albo puerylizm. Na domiar wszystkiego mogą objawy schizofreniczne i schizo-emocjonalne opanować cały obraz.

Przebieg psychoz emocjonalnych jest najróżnorodniejszy, lecz na szczęście prognoza jest bez wyjątku dobra.

Streścił. Dr. med. Dr. phil. K. WIZE — Dziekanka.

Sprawozdania z zakładów psychjatryczn. w Polsce.

I-sze Sprawozdanie z działalności Białostockiego Wojewódzkiego Szpitala dla Psychicznie i Nerwowo Chorych w Choroszczy. 1932 r.

Zestawił Dyr. Dr. St. DERESZ.

Zespół lekarski składał się z dyrektora Dr. Stanisława Deresza i czterech lekarzy ordynatorów i jednego asystenta, prócz lekarzy pracujących w charakterze hospitantów.

Zakład może pomieścić chorych mężczyzn 220, kobiet 200.

W roku sprawozdawczym 1931 przesunęło się przez szpital 690 chorych.

Poza leczeniem cierpień somatycznych i neurologicznych, starano się wyzyskać wszystkie metody znane. Duży procent chorych kiłowych sprawił, że na leczenie swoiste wydano znaczne kwoty.

W leczeniu schizofrenji stosowano w 136 przypadkach dożylnie szczepionkę przeciwdurową, przeważnie w przypadkach przewlekłych. Otrzymano wyraźną poprawę w 25 przypadkach z wyleczeniem w znaczeniu społecznem u 6 mężczyzn i 8 kobiet.

Stosowano jako czynnik wychowawczo-leczniczy pracę w szerokim zakresie. Przeciętny odsetek chorych, zatrudnionych pracą wynosił 42.

Personel pomocniczy korzystał z wykładów, mających na celu wyszkolenie w przedmiotach specjalnych, wykładanych przez lekarzy, ogólnokształcących przez miejscowych nauczycieli szkoły powszechnej 7-mio-oddziałowej.

Program wykładów obejmował: anatomję, fizjologję, higjenę, choroby zakaźne, ratownictwo, pielęgniarstwo, historję psychjatrji, ogólne wiadomości o chorobach psychicznych, przepisy służbowe, Liczba uczestników wynosiła 113.

Z chorych wedle rozpoznania było najwięcej schizofreników poczem kolejno następowali chorzy na porażenia postępujące, padaczkę, niedorozwój umysłowy, alkoholizm i narkomanję, psychozę na tle miażdżycy i przemian wstecznych ustroju w wieku podeszłym, psychopatję ustrojową, neurastenję i histerję, inne psychozy pochodzenia kiłowego. psychozę manjakalno depresyjną, zaburzenia psychiczne po urazach, pośpiączkowe psychozy alkoholowe, reaktywne. Analfabetów było 25 (10,02 %), u kobiet więcej niż u mężczyzn.

Rzymskokatolików było 384, ewangelików, 11, prawosławnych 54, izraelitów 183, „innego“ wyznania 1, niewiadomego wyznania 26.

Streścił: K. WIZE — Dziekanka.

Nadesłane.

Trzeźwość, miesięcznik ilustrowany, organ Polskiego Towarzystwa Walki z Alkoholizmem i Abstynenckiej Ligi Kolejowców, pod redakcją Jana Szymańskiego. Nr. 1—9, 1932 r.

Miesięcznik zawiera cały szereg prac oryginalnych, przemówień, streszczeń, sprawozdań, programów, kronikę. Pierwsze

dwa artykuły „Lekarze i walka z alkoholizmem“, oraz „Czy potrzebny jest związek lekarzy Polaków abstynentów“ wykazują, jak ważną rolę przypisywać należy działalności lekarzy w walce z jednym z największych wrogów ludzkości, jakim jest alkohol. Można, przekształcając nieco słowa Dr. Władysława Biegańskiego. podkreślić z całym zapałem jego zdanie: „Im większy będzie udział lekarzy w walce z alkoholem, tem większe zasługi zdobędzie sobie stan lekarski i tem większy szacunek“.

W artykule „Krzewienie i Propoganda“ Dr. Leonard Kowarski odzywa się z temperamentem, pisząc m. in. co następuje „Korzenie alkoholizmu tkwią bardzo głęboko. Ostatniemi korzonkami „drzewo“ to czerpie swe soki ze zwykłego niechlujstwa psychicznego i niechlujstwa woli“. Grozą przesiąknięty jest rys historyczny „Z przeszłości i teraźniejszości alkoholu. Alkoholizm w B. Kongresówce w czasie wojny i okupacji“. Grozę tę najlepiej wyraża ustęp przytoczony z Turgeniewa: „Jeden carski szynk nie zamyka oczu i ściskając całą garścią sztof wódki, czołem oparłszy się o Biegun, piętami o Kaukaz, śpi snem nieprzebudzonym ojczyzna — Ruś Swięta“. Aleksander Iżycki występuje przeciw przesądowi używania alkoholu jako środka leczniczego. Juljusz Wirski ogłasza przemówienie na Akademji propagandy trzeźwości dn 8 II. 32 w Warszawie. Podkreśla świeże dwa tragiczne zgony Ministra Skrzyńskiego i Juljana Ejsmonda, jako nieszczęsnych ofiar zalkoholizowanych szoferów. Nową ustawę alkoholową nazywa klęską i kończy przemówienie zachęceniem do odwagi czynów dobrych, tak, jak mamy ją czasami wobec czynów złych.

Zofja Zgierska rozpoczyna artykuł: Trzeźwość — przyszłość — kobieta. Już początek zapowiada się zajmująco nawoływaniem do podjęcia zadań życia z całą trzeźwością i pełnem poczuciem odpowiedzialności kobiety, nie chcącej żyć tylko życiem jakby „na marginesie niejako życia rodzinnego i towarzyskiego“ w niektórych jego przejawach.

Hanna Nałęcz-Ostrowska Szymańska omawia prace Fr. Magrysia, Ar. Prędkiego, Marji Boruniowej, Bert. Russela, Zofji Tołstojowej. Magryś, to pisarz gminny ze wsi Handzlówki. Słowa jego są twarde i jędrne i stanowią jeszcze jeden dowód, że lud polski zaczyna myśleć i czuć potrzebę wyzwolenia się z supremacji karczem i poczuwa się do potrzeby samoobrony. „Nie bez bólu“ jak pisze recezentka, pyta się Magryś: „Czy panowie prze-

łożeni obszarów podawali kiedy petycje o zniesieniu karczem?". Książki Artura Prędkiego i Marji Boruniowej, należące do beletrystyki, zasługują na uwagę ze względu na pożyteczną tendencję, ujętą w formę wpływającą na wyobraźnię i przejęcie się emocjonalne. Książka Russel'a podkreśla uświadomienie pobudek, wyrażając to n. p. w słowach: „zbankrutowały reguły, wypływające jedynie z matczynego instynktu, zbankrutowała miłość rodzicielska pozbawiona wiedzy". Pamiętnik Zofji Tołstojowej, dbałej nadewszystko o zdrowie i powodzenie jej własnych synów, wykazuje jakoby drogę pośrednią do nieco skrajnego stanowiska Russel'a usuwającego, jakoby w myśl Spinozy, uczucie poza nawias naszego postępowania. W artykule „Plaga Organizacyj" wytyka Helena Gogulska rozpowszechnienie się typów, którym chodzi o pozór bardziej, niż o treść. Zeszyt ożywia dalszy ciąg powieści Popielisko. Historycznie ciekawe jest zestawienie wydatków na alkohol i na wojsko w Polsce w wieku XVI-ym, podane przez W. Wacha. Wiadomości bieżące z ruchu abstynenckiego i kronika zamykają zeszyt. Ciekawe są wypisy z dzieł lekarzy polskich o alkoholiźmie i o walce z nim; pouczająca jest „Ankieta". Na czele ankiety umieszczono zdanie Dr. E. Piestrzyńskiego, Dyrektora Departamentu Służby Zdrowia: „Ten tylko jest w stanie zrozumieć cały ogrom nieszczęścia alkoholizmu, kto miał sposobność widzieć rozpacz najbliższej rodziny pijaka, kto słyszał płacz i wołanie matki, żony, lub córki: „Ratujcie jego i nas". Zdanie to koryguje stanowisko Russel'a.

Podał: Dr. med. Dr. phil. KAZIMIERZ WIZE.